Nr. 38. 21. września 1930 Rok IX.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Profesor nadzwyczajny Dr. JEDLIČKA Václav. Praga

Podstawy głównych schorzeń przysadki mózgowej u osób dojrzałych.

Z instytutu anatomji patologicznej Wydziału lekarskiego Uniwersytetu w Pradze.
Dyrektor: Prof. Dr. R. Kimla.

(Wykład wygłoszony na posiedzeniu Okręgu Lwowskiego Związku Lekarzy słowiańskich, Wydziału Lekarskiego U. J. K. i Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego, dnia 9. maja 1930).

Patologiczno-histologiczne badanie organów wewnętrznego wydzielania udowodniło, że w szeregu chorób, których patogeneza była dotychczas niejasna, znajduje się w pewnych narządach wewnętrznego wydzielania stałe zmiany. Porównanie owych zmian z obrazem klinicznym, jakoteż wyniki doświadczeń doprowadziły do nowych odkryć w dziedzinie patogenezy szeregu chorób z dotychczas nieznanych przyczyn, jako chorób spowodowanych naruszeniem odpowiedniego narządu wewnętrznego wydzielania. Dalsze badania kliniczne i anatomiczne w dziedzinie endokrynologji wyjaśniło szereg nowych klinicznych obrazów i objawów w tym kierunku, że ich geneza odnosi się do zmian w narządach o wewnętrznem wydzielaniu. W ten sposób została dokładnie oznaczona grupa chorób endokrynnych, dla wyjaśnienia których szukano dokładnie anatomicznie oznaczonej morfologicznej zależności, a dopełniano je wynikami doświadczalnemi. Z tego wszystkiego powstała systematyczna nauka o chorobach endokrynnych. Oznaczano też typy tych chorób kliniczne jako wyniki hyper-hypo — lub dysfunkcji odpowiedniego organu endokrynnego, powstające w następstwie dokładnie patologiczno-anatomicznie określonych zmian.

Lecz jeszcze dokładniejsze badania histologiczne i analiza kliniczna, następnie większa liczba zbadanych przypadków silnie zachwiały w ostatnich latach niejedną teorją patogenezy pewnych chorób endokrynnych. Z pomiędzy organów wewnętrznego wydzielania wymagających dziś zmiany w dotychczasowych poglądach na patogenezę klinicznych objawów, wysuwa się przysadka na plan pierwszy. Zaczyna się zupełnie poważnie rozstrząsać pytanie, czy rzeczywiście wszystkie dotychczasowe choroby złączone z przysadką, są wynikiem jej zmian anatomicznych, czy może są następstwem zmian podstawy mózgowej a mianowicie okolicy przysadki — *regio hypothalamica*. Następnem głównem pytaniem jest to, czy pewnym zmianom przysadki, ściśle anatomicznie oznaczonym i umiejscowionym, odpowiada zawsze ten sam obraz kliniczny — innemi słowy czy kliniczna nosologiczna jednostka choroby przysadki posiada stały, a dla tej choroby charakterystyczny stan zmian patologiczno-anatomicznych w przysadce.

Dlatego też wybrałem za przedmiot dzisiejszego wykładu problem patogenezy najbardziej charakterystycznych chorob przysadki: w wykładzie tym chciałbym podzielić się pokrótce wynikiem doświadczeń, uzyskanych z patologiczno-anatomicznych badań materjału Instytutu patologiczno-anatomicznego w Pradze. Materjał obejmuje 67 nowotworów przysadki i 256 przypadków innych zmian anatomicznych przysadki. Wykład ograniczę jedynie do spostrzeżeń u osób dojrzałych.

Proszę mi więc pozwolić przejść te choroby poszczególne, w których hypophyseogeneza jest dowiedziona.

Na pierwsze miejsce wysuwa się:

Akromegalja.

Jest to jednostka dokładnie oznaczona, której towarzyszy hyperplazja organów wewnętrznego wydzielania i organów wewnętrznych, rzadko kiedy początkowo przejściowo zwiększona, później prawie że zawsze zniżona funkcja płciowa, połączone niekiedy z hipertrichozą, poliurją i otyłością.

Patogenezę owej choroby dziś ogólnie uważa się za jasną: Pierre Marie i Marinesco ustalili stałość zmian przysadki w tej chorobie. Benda i Fischer dowiedli, że tylko gruczolak eozynochłonny prowadzi do akromegalji, że przeto ta choroba powstaje na podłożu swoistej hypersekrecji części gruczołowej przysadki. Równocześnie odrzucono ostatnie przypuszczenia o pochodzeniu akromegalji z pierwotnej zmiany gruczołów płciowych (Stume, Freund, Verstraeten), o endogennej genezie (Arnold, Strimpel), o akromegalji, jako chorobie mnogogruczołowej (Claude, Delille) i o akromegalji, jako zjawisku przysadkowego embrjonalizmu (Pende).

Panującą jest dzisiaj koncepcja Bendy-Fischera w różnej interpretacji: Biedl przypuszcza zwiększoną czynność wszystkich elementów przysadki; również Falta uważa akromegalję za zjawisko hyperfunkcji całego gruczołu. Erdheim zaś, na podstawie dokładniejszej komórkowej analizy, widzi w akromegalji zjawisko, wywołane hyperfunkcją eozynofilów. Oba te zapatrywania na patogenezę akromegalji, jako choroby hyperpituitarnej, opanowały całą endokrinologję i tem samem stłumiły wszystkie możliwe zarzuty (Cagneta Kransem).

Pytanie, dotyczące patogenezy akromegalji studjowałem na 10 przypadkach mego materjału, odpowiedniego dla rozwiązania tego zagadnienia. Chodziło ogólnie o przypadki klinicznie charakterystyczne; anatomicznie stwierdzono, oprócz innych objawów akromegalji, w 6 przypadkach znaczniejszą splanchnomegalję, raz otyłość, w żadnym poliurję, hypertrichozę, lub też początkowy hypergenitalizm, natomiast stwierdzono u wszystkich stałą dystrofję genitalną. Spostrzeżenia te przemawiają przeciw przypuszczeniu Falty, który twierdzi, że akromegalja tworzy źwierciadłowy obraz przysadkowego charłactwa, w którem dystrofja genitalna jest głównym objawem.

Przy odpowiedzi na pytania, dotyczące patogenezy akromegalji, zadałem sobie trzy pytania:

1) Czy akromegalja — pojęcie klinicznie dokładnie określone — posiada również stałe i dokładnie określone zmiany w przysadce jako związane z samą chorobą?

2) Czy stwierdza się w przysadce eozynochłonne gruczolaki (które Benda, Fischer, Erdheim uważają za anatomiczną podstawę akromegalji) i jak wygląda ich kliniczny obraz w naszym materjale?

3) Który nowotwór i jakie elementy tworzą anatomiczną podstawę zmian w akromegalicznej przysadce?

Na podstawie swych spostrzeżeń odpowiadam na te pytania w sposób następujący:

Akromegalji odpowiada w przysadce stale się znajdująca zmiana — to jest nowotwór w jej części gruczołowej, który, co prawda, w poszczególnych przypadkach różni się morfologicznie zależnie od czasu istnienia i rozwinięcia się procesu, lecz posiada on tyle wspólnych cech, że można „akromegaliczny nowotwór przysadkowy" uznać jako jednostkę anatomicznie dokładnie oznaczoną, jakoteż dla akromegalji charakterystyczna. Nie jest to gruczolak, za jaki prawie wszyscy go uważają, analogiczny do znanych gruczolaków zachodzących w przysadce, a składających się z komórek głównych, bazofilnych etc. Oznaczamy ten nowotwór, według Roussygo i Lerouxa nazwą epithelioma akromegaliczny. Guz ten nie posiada budowy mającej podścielisko i follikularne ukształtowanie charakterystyczne dla gruczolaków przysadki. Na odwrót, znajdujemy tu bujanie rozlane często bez podścieliska, które przerasta pozostałe części przysadki, jakoteż często wrasta w jej okolicę. Komórki tego nowotworu nie są eozynochłonnemi, nie są to wogóle elementy normalnej przysadki, lecz elementy blastomatyczne, zupełnie różniące się od normalnej komórki przysadkowej. Są to komórki małe, z małem jądrem z plazmą bez ziarenek, wakuol i kulek tłuszczowych, lub też komórki wielkie wielojądrzaste. Większa część autorów nazywa te komórki eozynochłonnemi granulowanemi. Lecz w dobrze utrwalonym materjale i przy zastosowaniu specjalnych sposobów barwienia (Giemsa, Heidenhain, Kraus) nie znaleźliśmy eozynochłonnych ziaren w komórkach nowotworu, podobnie jak niemogli wykazać tych ziaren Pende, Luksch, Claude-Baudouin, Pavlica. Zajmującem jest, że o eozynochłonnym gruczolaku mówią autorzy, którzy eozynochłonnych ziaren nie znaleźli w komórkach (Krumbhaar w dwóch na

cztery przypadki). Niekiedy znajdujemy w plazmie akromegalicznego epiteliomu drobniutkie różowe ziarenka, lecz zupełnie inne od normalnych ziaren, po największej części jest to plazma bez ziaren (Pende).

Eozynochłonne gruczolaki, posiadające strukturę charakterystyczną dla wszystkich gruczolaków przysadki, a składające się z normalnych eozynochłonnie granulowanych komórek wprawdzie w przysadce spotykamy, choć bardzo rzadko, ale nigdy nie towarzyszy im akromegalja. Takie drobne gruczolaki opisali Brauchli Loewenstein, wielki gruczolak, połączony z gigantyzmem, opisał Pepere, Reichmann w syndromie mnogogruczołowym i Wermenlen u konia. W naszym materjale stwierdzono trzy przypadki gruczolaka eozynochłonnego, zawsze bez akromegalji, raz w połączeniu z gigantyzmem (przy równoczesnym włókniaku części pośrodkowej i nerwowej przysadki mózgowej), po drugie, jako przypadkowe spostrzeżenie, po trzecie przy skrzywieniu tylnobocznem kręgosłupa. U wszystkich była *dystrofia genitalis* bez otyłości.

Spostrzeżenia te skłoniły nas do wysunięcia następujących wniosków:

Teorja o hyperpituitarnem pochodzeniu akromegalji polega na fałszywem ocenieniu i fałszywem wyjaśnieniu anatomicznych spostrzeżeń w przysadce przy akromegalji. Nowotwór akromegaliczny nie jest wcale gruczolakiem, analogicznym z ostatniemi gruczolakami przysadkowemi, lecz jest epiteliomem o zupełnie innej budowie, jest on jednak anatomicznie dość dokładnie określonym i dla akromegalji charakterystycznym: bywa też często złośliwy. Nowotwór ten nie składa się z komórek eozynochłonnych; komórki jego nie są rozmnożonemi normalnemi komórkami eozynochłonnemi, lecz elementami patologicznemi, blastomatycznemi, różniącemi się wielkością, budową plazmy i jądra i nieobecnością ziaren od normalnych elementów przysadki. Rzadko kiedy znajdujemy w przysadce eozynochłonne gruczolaki o analogicznej budowie z ostatniemi, składające się z typowych komórek eozynochłonnych, nieprowadzą one nigdy do akromegalji, lecz jedynie do dystrofji genitalnej. Teorja o hyperpituitarnem pochodzeniu akromegalji przyjmuje samą ilościową zmianę w inkrecji przysadki przy akromegalji — bądź zwiększenie inkrecji całego gruczołu (Falta), bądź zwiększoną inkrecję samych komórek eozynochłonnych (Kraus, Erdheim, Fischer etc.). Przypuszczenie to jest mylne, ponieważ komórki w nowotworze są elementami patologicznemi, niemożna więc przypuszczać, żeby produkowały normalne wydzieliny.

O ile anatomiczne spostrzeżenia pozwalają przypuszczać obecność zmian to w akromegalji możemy przyjąć jedynie patologiczną funkcję to znaczy zmianę jakościową, dysfunkcję części gruczołowej przysadki, dyspituitarne pochodzenie akromegalji.

Następną chorobą hypofizeogeniczną jest:

Cachexia hypophysaria (Simmonds).

Dziś ogólnie uznana nosologiczna jednostka charakteryzowała pomału się rozwijające ciężkie charłactwo, wychudnięcie, bladość, zmarszczki skóry, wypadanie włosów, zębów, zanik funkcyi płciowych, połączony z zanikiem płciowych narządów, obniżeniem podstawowej przemiany; prowadzi do śmierci, niekiedy wśród nagle powstających objawów śpiączki.

Dotychczasowe anatomiczne spostrzeżenia zgadzają się na tym punkcie, że znaleziono w przysadce głębokie zniszczenie różnego pochodzenia (martwica, zanik, stwardnienie, gruźlica, bąblowiec, torbiel, gruczolak, uraz podstawy czaszki). W naszym materjale mamy 14 przypadków tej choroby bardzo różnorodnych. Przypadki te można podzielić na dwie grupy:

1) *Schorzenia, wychodzące pierwotnie z przysadki:* guzy części gruczołowej (dwa raki części gruczołowej, jeden rak wychodzący z kanału przysadkowego), bąblowiec stopki przysadki, w trzech przypadkach kiła (kilak w części gruczołowej, kilak stopki i lejka przy nienaruszonej właściwej przysadce, kilak opon na podstawie mózgu, który zniszczył stopkę i lejek przy nienaruszonej przysadce), gruźlica przysadki w dwóch przypadkach (raz samotny gruzełek, raz gruzełki mnogie, oba były jedynym objawem czynnej gruźlicy), w jednym przypadku włóknisty zanik przysadki.

2) *Procesy, które wtórnie lub przejściowo uszkadzają przysadkę:* przerzutowe nowotwory w trzech przypadkach (mięsak czerniaczkowy, mięsakochrzęstniak, rak płuca), raz bujanie mięsaka chłonnego i przechodzenie jego na okolicę przysadki.

W przypadkach wtórnych i przerzutowych nowotworów, niekiedy jest ciężko rozpoznać, czy charłactwo jest charłactwem nowotworowem wogóle, odczynem organizmu na obecność złośliwego nowotworu w ciele, czy też charłactwem przysadkowem, powstałem po zniszczeniu przysadki. Przeto zaliczyliśmy z pomiędzy naszych przypadków do grupy charłactwa przysadkowego tylko 4 przypadki, które wykazywały wszystkie charakterystyczne objawy charłactwa przysadkowego, głównie dystrofję genitalną, zanik organów wewnetrznego wydzielania, długi przebieg i starczy wygląd. We wszystkich tych przypadkach było dość wielkie zniszczenie przysadki nowotworem. W całym materjale 14 przypadków była dotknięta przedewszystkiem i głównie część gruczołowa przysadki, a to bądź znacznem zniszczeniem, bądź też proces był umiejscowiony poza przysadką i zniszczył stopkę ewentualnie także lejek. Część nerwowa przysadki była zwykle nietknięta, u dwóch przypadków chodziło o głębokie zmiany całego infundibularnego aparatu, a w tych przypadkach był obraz charłactwa, połączony z obrazem moczówki prostej.

Splanchnomikrja była we wszystkich przypadkach stała, a drobnowidowe badanie ukazywało w narządach: zwykły zanik lub brunatny — wogóle obraz nieróżniący się niczem od charłactwa innego pochodzenia. Splanchnomikrja ta nie jest, jak Falta przypuszcza, podobną do splanchnomegalji akromegalicznej, która zachodzi tylko w niektórych przypadkach. Niema tu łączności między charłactwem przysadkowem i akromegalją, przez Faltę przyjętej, jaka bywa między negatywem a pozytywem, jak świadczy o tem właśnie to spostrzeżenie a przedewszystkiem spostrzeżenia zaniku funkcji rozrodczych i dystrophia genitalis, które są stałemi objawami w charłactwie przysadkowem. Spostrzeżenie to dopuszczałoby przy akromegalji hipergenitalizm, który był opisywany bardzo rzadko, i to jedynie jako objaw przejściowy na początku choroby, w naszym materjale nie był stwierdzony, odwrotnie stwierdzono dysgenitalizm.

Patogenetycznie charłactwo powstaje z całą pewnością w następstwie uszkodzenia przysadki, a świadczy o tem również doświadczenie (Smith znalazł po wycięciu części gruczołowej przysadki u młodych i dojrzałych szczurów charłactwo z zanikiem, głównie narządów płciowych, tarczycy i nadnercza), a również badania kliniczno-anatomiczne. Chodzi tu o niedostatek wydzieliny części gruczołowej przysadki wypływający bądź z jej zniszczenia lub też zniszczenia odprowadzających dróg w procesach, które są umiejscowione w stopce przysadkowej. Między powstaniem patologicznego procesu i zniszczeniem upływa dłuższy przeciąg czasu, zanim dojdzie do charłactwa. Świeże zniszczenie stopki lub części gruczołowej przysadki, (rozległe martwice zatorowe prowadzą do śmierci) ropnie bez obrazu charłactwa.

Genitalna dystrofja jest przy tem charłactwie również z całą pewnością pochodzenia przysadkowego. Falta, co prawda nie odrzuca mózgowego pochodzenia tej dystrofji, lecz spostrzeżenia kliniczno-anatomiczne świadczą przeciw temu przypuszczeniu. W charłactwie tem zmiany znajdują się w samej przysadce, rzadko kiedy jest zajęta sąsiadująca część mózgu. W naszym materjale była przysadka nietknięta, zniszczeniu uległa stopka (raz z powodu bąblowca, dwa razy z powodu kilaka) bez znaczniejszego uszkodzenia podstawy mózgowej. Przypadki te mówią wprost przeciw koncepcji mózgowego pochodzenia tego charłactwa. Nawet naprowadzone doświadczenie Smitha świadczy o hipofizogenicznem pochodzeniu tej dystrofji, również spostrzeżenia Zondeka i Aschnera świadczą, że wydzielina części gruczołowej przysadki ma wyraźnie wpływ podtrzymujący na aparat follikularny.

Na podstawie tych faktów można więc przypuszczać, że *przysadkowe charłactwo jest jednostką klinicznie dokładnie oznaczoną, że jego patogeneza jest jedynie przysadkowa, a mianowicie we dwóch jej objawach i zmianach, charłactwie i dystrofji genitalnej.* Choroba ta *jest objawem ciężkiego przewlekłego hipo- lub apituitaryzmu, wywołanego zniszczeniem części gruczołowej przysadki lub odprowadzających dróg,* które odprowadzają wydzielinę z przysadki zapomocą stopki do mózgu; anatomicznie może być przyczyną tego zniszczenia cokolwiek bądź; zawsze chodzi o uszkodzenie ciężkie, rozległe, niedające się naprawić i długo trwające.

Do tego charłactwa bardzo zbliżony jest syndrom oznaczany mianem *letargia hypophysaria (coma pituitarium) Mieremet.*

Choroba ta jest do dnia dzisiejszego mało znaną jako samodzielna jednostka i nie przez wszystkich jeszcze uznawaną. Mieremet dowiódł, że, oprócz charłactwa przysadkowego może się objawić ciężki przewlekły apituitaryzm jeszcze w postaci śmiertelnej śpiączki, lub letargji bez

charłactwa. W jego przypadku chodziło o rozległe zniszczenie przysadki procesem zapalnym, który zniszczył równocześnie stopkę, część pośrednią i spowodował nacieczenie tkanki okołoprzysadkowej. W studjach przypadków, należących do tej grupy na naszym materjale możemy stwierdzić szereg typów: pomiędzy przypadkami typowego charłactwa przysadkowego znajdujemy szereg przypadków charłactwa, kończących się letargią lub śpiączką; następnie przypadki letargji (ewentualnie śpiączki) bez charłactwa, wkońcu przypadki letargji, połączonej z otyłością i dystrofją genitalną.

Choroby te rzadko zachodzą jako ostre, w postaci ostrej letargji zakaźnej, zakaźnej lub ostrej intoxykacji, kończących się rychłą śmiercią w letargji; inne przypadki przebiegają z klinicznemi objawami nerwowemi (drgawki etc.) lub psychicznemi, a kończą się śmiertelną letargją; niekiedy przebiega choroba przewlekle, przy czem osłabienie a przedewszystkiem śpiączka są głównemi objawami. Od charłactwa przysadkowego różni się ona właśnie tem, że nie spotykamy tu charłactwa, niekiedy nawet także otyłości; w wszystkich nieco dłużej trwających przypadkach rozwija się dystrofja genitalis, która niekiedy zapoczątkowuje całą chorobę.

Przypadków do tej grupy należących ogłoszono wiele, większość z rozpoznaniem charłactwa przysadkowego, chociaż do obrazu charłactwa zupełnie nie doszło. Takie przypadki opisali klinicznie Reye, następnie Wittgenstein i Kroner, jako następstwa kiły przysadki. Dla oznaczenia patogenezy mają znaczenie jedynie te przypadki, w których proces umiejscowił się wyłącznie w przysadce (jak w przypadku Mieremeta) a spostrzeżenia na mózgu były, pomimo bardzo dokładnego zbadania, ujemne. Do wyjaśnienia zagadnienia przyczyniają się o wiele mniej przypadki, w których, oprócz zmian w przysadce, znaleziono również zmiany w mózgu. Przypadek wyodrębnionego uszkodzenia przysadki, opisał Chiari (kilak przysadki, bóle głowy, skurcze toniczne, śpiączka), Froboese (gruźlica przysadki, nagła utrata świadomości i śpiączka, tak, że powstało podejrzenie na zatrucie) i inni (Castan, Halberstadt, Raymond, stany narkoleptyczne w nowotworze przysadki Redlich, Foix, Thomas, Claude, Lhermitte).

W naszym materjale są trzy przypadki, należące do grupy letargji przysadkowej: w jednym przypadku meningoblastom podstawy mózgowej wrastał do części gruczołowej przysadki, w której doprowadził do wstecznych zmian na eozynofilach, zmniejszył część gruczołową przysadki, zniszczył stopkę i *pars tuberalis;* klinicznie znaczna śpiączka trwająca całe miesiące, charłactwo, zmiany psychiczne; w drugim przypadku nagła śpiączka u młodzieńca z klinicznym obrazem ostrego zapalenia mózgu epidemicznego, anatomiczne spostrzeżenie co do mózgu zupełnie ujemne, w części gruczołowej przysadki świeży kilak. W trzecim przypadku, w którym, oprócz ogłupienia i omdlewań w przeciągu 4 lat górowała apatja i śpiączka bez charłactwa, stwierdzono wielki basocelularny gruczolak, który zniszczył część gruczołową przysadki: w przypadku pierwszym i trzecim była również ciężka dystrofja genitalis.

Dotychczas znamy jeszcze bardzo mało przypadków przysadkowej letargji, dostatecznie i dokładnie zbadanych, tak, żeby było można się z całą pewnością wypowiedzieć o patogenezie tej choroby. Pewnem jest jedynie to, że hypopituitaryzm lub apituitaryzm może się przejawić nietylko klasycznem przewlekłem charłactwem przysadkowem, ale także w postaci letargji lub śpiączki, w której zupełnie brak charłactwa, na odwrót dojdzie do otyłości. Ta letargiczna postać może przebiegać podostro lub też gwałtownie. W postaciach przewlekłych jest dystrofja genitalis objawem charakterystycznym. Anatomicznie znajdujemy w obydwóch zniszczenie części gruczołowej przysadki lub stopki.

Daleko cięższem jest pytanie dotyczące patogenezy *(dystrophia adiposo-genitalis* (Fröhlich).

Syndrom ten składa się z dwóch głównych składników: dystrofji genitalnej (w połączeniu z niedorozwojem lub zanikiem narządów płciowych, dodatkowych i drugorzędnych cech płciowych) i otyłość ze szczególnym sposobem składania się tłuszczu; otyłość ta nie znika w głodowaniu. Obie składowe części mogą się objawiać jako choroby oddzielne. Niestałym objawem jest obfite moczenie, zaburzenia wzrostu i kostnienia u młodzieńców. Spostrzeżenia anatomiczne, są tak różne (najróżniejsze choroby przysadki z częściowem lub całkowitem zniszczeniem przysadki, jakoteż choroby podstawy mózgu), że powstał szereg teoryj dotyczących patogenezy tej choroby.

Przy rozstrzyganiu problemu patogenezy choroby Fröhlicha możemy rozstrzygać zagadnienie patogenezy dystrofji genitalis i oddzielnie otyłości. Na podstawie publikowanych spostrzeżeń anatomicznych, jak również na podstawie własnego materjału zdaje się nam, iż dystrophia genitalis jest również pochodzenia przysadkowego, a mianowicie powstaje ona z powodu uszkodzeń części gruczołowej przysadki. Dla potwierdzenia tej tezy można naprowadzić fakty następujące: wszystkim procesom, prowadzącym do powolnej alteracji części gruczołowej przysadki i jej funkcji wewnętrznego wydzielania towarzyszy dystrophia genitalis.

Jako przyczyny znaleźliśmy: wszystkie dobrotliwe, pomału rosnące gruczolaki przysadki, które, osiągnąwszy większą objętość uciskają pozostały miąższ części gruczołowej przysadki, następnie złośliwe nowotwory, wyrastające z tej części prowadzą również do *dystrophia genitalis.* Znajdujemy ją również w nowotworach akromegalicznych. W dobrotliwych gruczolakach przysadki bywa dystrophia genitalis jedynym klinicznym objawem uszkodzenia przysadki; zachodzi ona w raku przysadki, niema jej w raku kanału przysadkowego, gdy do destrukcji przysadki nie doszło; wkońcu znajdziemy ją przy destrukcji przysadki, powstałej pod wpływem kiły, gruźlicy, torbieli pasorzytów, urazów, gdy zostało jeszcze tyle czasu, aby mogło dojść do dystrofji. Szybka, świeża, destrukcja przysadki wiedzie do rychłej śmierci i nie jest pobudzona dystrofją.

Te wszystkie fakta wyliczone świedczą, że dystrofja genitalis nie jest jednostką ani nosologiczną ani patogenetyczną, lecz jest jedynie symptomem przewlekłego uszkodzenia przysadki. O przysadkowem pochodzeniu *dystrophia genitalis* świadczą również eksperymenty, które udowodniają, iż zniszczenie części gruczołowej przysadki prowadzi zawsze po pewnej przerwie i u młodych i u dojrzałych zwierząt do dystrophia genitalis. Istnieje pytanie, na które anatom nie może odpowiedzieć, a mianowicie, czy dystrophia genitalis jest bezpośrednim wynikiem hypofunkcji części gruczołowej przysadki, czy też może pośrednim wynikiem po przez ośrodki w regio hypothalamica, które nie otrzymały dostatecznej ilości wydzieliny z uszkodzonej przysadki. Niektórzy autorzy silą się, aby wyjaśnić dystrophia genitalis jako chorobę mózgową. O tem mogłyby świadczyć przypadki uszkodzeń w *regio hypothalamica* (uraz, glejak, wodogłowie komory trzeciej) z towarzyszącą im *dystrophia genitalis.* Przeciwko temu można podnieść, że w szeregu ogłoszonych przypadków, należących do tej grupy, brak dokładnej histologicznej analizy przysadki, cały szereg był obserwowany i badany tylko klinicznie (przypadek kuli w *regio hypothalamica,* przypadek dystrofji genitalis przy *hydrocephalus congenitus* — Marinesco, Goldstein).

Marburg znalazł na 32 sekcjonowanych przypadków mózgowej otyłości jedynie w 12 przypadkach zmiany genitalne, podczas gdy w destrukcji przysadki bywa dystrofja genitalis spostrzeżeniem stałem. Nowe drobnowidowe dokładne spostrzeżenia uszkodzeń w *regio hypothalamica* przy epidemicznem zapaleniu mózgu (Economo, Santangello, Stiefler, Lewet) dowiodły, że przy nich dochodzi do otyłości, ale nie do *dystrofja genitalis.* Do *dystrofja genitalis* dojdzie przy uszkodzeniu *regio hypothalamica* tylko w tym razie, gdy została uszkodzona tylko przysadka.

Równie musi się odrzucić wyjaśnienie, że zmiany w gruczołach płciowych były pierwotne a zmiany w części gruczołowej przysadki były następowemi, jak to naprzykład Stumme przypuszcza w akromegalji. Zmiany w gruczołach płciowych dołączają się zawsze później, aniżeli zmiany w przysadce; następnie zmiany w gruczołach płciowych są anatomicznie zawsze te same, podczas gdy zmiany w części gruczołowej przysadki są anatomicznie bardzo różnorodne. Pierwotne zniszczenie gruczołów płciowych prowadzi do zmian w części gruczołowej przysadki, lecz do zmian zawsze tych samych, anatomicznie dokładnie charakteryzowanych i zupełnie innych od zmian, które znajdujemy w przysadce w dystrofja adiposogenitalis.

O wiele trudniejszą jest odpowiedź na pytanie pochodzenia otyłości w chorobie Fröhlicha. Nie brak autorów, którzy uważają tę otyłość za otyłość pochodzącą z przysadki, jakoteż i tych, którzy ją uważają za otyłość mózgową; wreszcie inni za chorobę następową z dystrofja genitalis. Na podstawie własnych patologiczno-anatomicznych spostrzeżeń i faktów z piśmiennictwa patologiczno-anatomicznego i doświadczalnego przychylamy się do poglądu, że otyłość ta jest pochodzenia mózgowego.

Nie można, co prawda, zamilczeć, że szereg spostrzeżeń świadczy o pochodzeniu przysadkowem: otyłość przy małych gruczolakach przysadki bez uciskania podstawy mózgowej z dystrofją genitalis, następnie i to że same tylko uszkodzenie w *regio hypothalamica* może prowadzić do utrudnienia odpływu wydzieliny z normalnej przysadki do ośrodków w *regio hypothalamica*. Przeciw wyjaśnieniu, że przy małych gruczolakach przysadki z obrazem choroby Fröhlicha spotykamy dystrofję genitalis w następstwie zmian w części gruczołowej przysadki, a otyłość w następstwie zmian narządów płciowych, świadczy fakt, że otyłość i dystrofja genitalis występują często przy tych gruczolakach równocześnie, następnie świadczą przeciw temu gruczolaki z dystrofją genitalis i charłactwem, w końcu zupełnie jasne fakta doświadczalne (Camus, Roussy etc.); ostatnie wywracają również koncepcję (Biedl, Fischer, Coope, Chamberlain) o infundibularnej genezie otyłości (uszkodzenie części pośrodkowej lejka).

Nasze spostrzeżenia świadczą anatomicznie wprost przeciw tej koncepcji, która przypuszcza, podług Biedla i Raaba, że część pośrodkowa jest gruczołem przemiany materji, i że jej zniszczenie wywołuje otyłość, jako wynik niedostatku hormonu części środkowej. Rola części pośrodkowej jest u człowieka zapewne minimalna, ponieważ w szeregu przypadków choroby Fröhlicha w naszym materjale znaleziono część pośrodkową nietkniętą.

Falta, na podstawie rewizji faktów anatomiczno-patologicznych i doświadczalnych dowodzi, że patogeneza choroby Fröhlicha nie jest zupełnie jasna, otyłość uważa on za hypothalamiczną, dystrofję genitalną zaś, podług prawdopodobieństwa, również za nią. Uznaje on, że dopiero szczegółowa kliniczno-anatomiczna analiza wyjaśni te pytania. Z poglądem Falty zgadzają się nasze spostrzeżenia na tym punkcie, że niema celu odróżniać w chorobie Fröhlicha postaci przysadkowej od hypothalamicznej, jak to czyni Biedl, Marañon, Schiff i inni. Nasze spostrzeżenia ukazują, że jedna składowa część choroby, t. j. dystrofja genitalis jest przysadkowego, druga, t. j. otyłość mózgowego pochodzenia. O tem świadczą nasze anatomiczne spostrzeżenia zupełnie odosobnionego uszkodzenia *regio hypothalamica (encephalitis epidemica, gliom, gumma)* z otyłością bez uszkodzenia przysadki i bez dystrofja genitalis. Podobne spostrzeżenia uczynili w przypadkach zapalenia epidemicznego mózgu wyliczeni autorzy, jak Santangelo, Lewet i. i. Za mózgową genezą otyłości świadczy potwierdzająco szereg doświadczeń (Roussy, Camus, Bailey, Bremmer, Aschner a przedewszystkiem Smith), według których izolowane uszkodzenie *regionis hypothalamicae* bez uszkodzenia przysadki wiedzie do znacznej otyłości. W naszym materjale znajdujemy szereg przypadków, wskazujących jasno na mózgową genezę otyłości: tak dystrofja genitalis w naszym materjale przy gruczolaku przysadki towarzyszyła otyłość jedynie wtedy, gdy nowotwór rósł pozasiodełkowo i uciskał podstawę komory III. Można było śledzić koincydencję między objawianiem się otyłości dopiero przy przerastaniu nowotworu w kierunku kranialnym. U ostatnich nowotworów, które rosły w kierunku podstawowym, lub też do tyłu przez grzbiet siodełka, bez uszkodzenia podstawy mózgu, nie było otyłości. Bardzo pouczającym jest przypadek akromegalji z typową dystrofją genitalis trwającą przez szereg lat, w którym dołączyła się na kilka miesięcy przed śmiercią otyłość, wtedy, gdy złośliwy nowotwór zaczął róść pozasiodełkowo w kierunku podstawy komory III. W ostatnich 9 przypadkach akromegalji nowotwór nigdy nie uciskał podstawy komory III, ale również nigdy nie mogliśmy stwierdzić otyłości.

Nasze spostrzeżenia świadczą, iż otyłość występuje jako objaw, który może się objawić przy różnych zespołach pochodzących ze schorzenia przysadki, gdy proces przeniknął do regio hypothalamica, łączność której z przysadką jak funkcjonalna tak i lokalizacyjna jest bardzo ścisła. Część gruczołowa przysadki i *regio hypothalamica* pracują synergicznie, przyczem przysadka odznacza się napinającym wpływem na ośrodki hypothalamiczne. Odosobnione uszkodzenie części gruczołowej przysadki wiedzie do dystrofja genitalis, odosobnione zaś uszkodzenie regio hypothalamica do otyłości; równocześne uszkodzenie obu lub uszkodzenie jednego organu tak silne, że przerwie tą synergję, wywoła szereg zmian, które klinicznie są zespołem choroby Fröhlicha.

Oprócz synergji części gruczołowej przysadki i *regio hypothalamica* istnieje jeszcze łączność pomiędzy przysadką i ośrodkami dla regulacji przemiany materji, odżywiania tkanek i moczenia; jest to synergja między neurohypofizą i *regio subthalamica*. Objawem przerwania tej synergji jest

moczówka prosta *(diabetes insipidus)*.

Ciężkie uszkodzenie gospodarki wodnej organizmu przy nietkniętych nerkach, objawia się bądź samodzielnie, bądź jako symptom przyłączony do innej choroby przysadkowego pochodzenia. Nasz materjał obejmował 5 przypadków moczówki prostej, z pomiędzy których były 3 samodzielne, 2 w charłactwie przysadkowem. Zmiany, według piśmiennictwa, spostrzegane przy moczówce prostej są nadzwyczaj różne, i były spostrzegane w samej przysadce, w stopce, lejku, *regio hypothalamica* i w innych miejscach mózgu. Na tej podstawie były wyprowadzane teorje o patogenezie moczówki prostej, które obalano jedną po drugiej. Tak padła teorja Schäfer-Simmondsowa, że uszkodzenie części pośrodkowej wiedzie do moczówki prostej; Meyenburga o uszkodzeniu całego gruczołu, van der Veldena-Farini, których doświadczenia wiodły do przypuszczeń, że moczówka prosta powstaje z obniżenia funkcji części środkowej i neurohypofizy, jak również także teorja zbudowana na podstawie fałszywych wyjaśnień doświadczeń (Magnus, Schäfer), że zwiększenie funkcji neurohypofizy wiodło do moczówki prostej.

Stosunkowo dość dużo anatomicznych i doświadczalnych spostrzeżeń potwierdziło pogląd Eisnera i Brandisa, że zniszczenie neurohypofizy wywołuje moczówkę prostą. Pogląd na moczówkę prostą, wynikający z braku infundibularnego hormonu propagował Frank, który dowodzi, że polyuria znikła po doświadczalnem zranieniu *regio hypothalamica*, nie znika po uszkodzeniu pewnego ośrodka diurezy, położonego w *regio hypothalamica*, lecz po uszkodzeniu neurohypofizy, które bywa spowodowane temi doświadczeniami. Tego wyjaśnienia Franka nie można przyjąć w pełnem tego słowa znaczeniu. Przeciw niemu świadczą dwa przypadki z naszego materjału, które dowodzą, że zwykłe zniszczenie neurohypofizy nie prowadzi wprost do moczówki prostej; w jednym przypadku zniszczył mięsak chłonny całą neurohypofizę, zostawiając ostatnie części przysadki i podstawę mózgową nietkniętemi, w drugim doszło przy operacji gruczolaka przysadki do przypadkowego wycięcia neurohypofizy, lecz ani tu w przeciągu kilku tygodni po operacji nie pojawiła się polyuria. Temu odpowiadają także doświadczenia (Aschner, Camus, Roussy, Bailey, Bremmer), że zniszczenie całej przysadki, przy zachowanej stopce i podstawie mózgowej, nie prowadzi do polyurji.

Przeciw wyjaśnieniom Franka przemawia fakt, że moczówka prosta niema zupełnie łączności z uszkodzeniem przysadki, lecz właśnie ośrodków w podstawie komory III. Ten pogląd popiera Leschke, a na jego korzyść świadczą doświadczenia Morawskiego, że poranienie małej części w periinfundibularnej okolicy hypothalamu wywołuje polyurję, doświadczenia Houssay-Rubiowe (potwierdzone Camusem, Gournayiem), że zranienie okolicy infundibularnej wywołuje polyurję i przy inerwacji nerek. Charakterystycznem jest, że ta operacja nie jest podobna do glykozurji po piqûre; zdaje się, że polyurja objawi się dopiero po dłuższym czasie po operacji i trwa długo.

Do tych spostrzeżeń dołączam 5 przypadków z własnego badania. We wszystkich przypadkach była zawsze anatomicznie uszkodzona regio hypothalamica, stopka i neurohypofiza. Przy tem anatomiczne zmiany i postęp uszkodzenia były różne. W jednym przypadku przewlekłe zapalenie epidemiczne dosięgło jądra w regio hypothalamica (zajęte były głównie *nucleus tuberis cinerei, supraopticus, paraventricularis* po obydwóch stronach), następnie stwierdzono zwyrodnienie włókien w stopce i zanik neurohypofizy; w drugim przypadku była neurohypofiza zniszczona mięsakiem chłonnym, w stopce zwyrodnienie, jakoteż zanik wymienionych jąder w *regio hypothalamica*. Takie same zmiany spostrzegano także w ostatnich trzech przypadkach (zniszczenie części gruczołowej przysadki przerzutem rakowym, szpiczakiem, pierwotnym gruczolakorakiem przysadki). W dwóch przypadkach była równocześnie zniszczona część gruczołowa przysadki, ale w obydwóch była równocześnie dystrofja genitalis i charłactwa Simmondsowa. W ostatnich przypadkach część gruczołowa nietknięta, nie było dystrofji genitalis, ani też charłactwa.

Możemy przeto na podstawie naszych spostrzeżeń przypuszczać:

1) *Odosobnione zniszczenie neurohypofizy przy nietkniętej stopce i ośrodkach w regio hypothalamica nie prowadzi do moczówki prostej.*

2) *Zniszczenie neurohypofizy, stopki i jąder w regio hypothalamica wywołuje moczówkę prostą.* — Uszkodzenie, które tę destrukcję wywołuje może pierwotnie dotknąć neurohypofizę; w tym wypadku dołącza się zwyrodnienie nerwowych połączeń, które przebiegają w stopce z neurohypofizy do *regio hypothalamica*, i dojdzie powoli do wstecznego obustronnego zwyrodnienia podstawowego *nucleus opticus* i *ganglion paraopticum*, jak świadczą nasze przypadki i doświadczenia Karry-go z odosobnionem zniszczeniem neurohypofizy. Lub też uszkodzenie wychodzi pierwotnie z podstawy mózgowej, z *regio hypothalamica;* może to być zapalenie epidemiczne mózgu, jak w naszym przypadku, lub w przypadku Kiyona i Lhermitta, a prowadzi do degeneratywnych zmian w neurohypofizie.

Nasze spostrzeżenia zgadzają się z wynikami doświadczeń, a mianowicie, że potrzeba odpowiedniego przeciągu czasu, który upływa od zniszczenia neurohypofizy lub jąder w *regio hypothalamica,* zanim się objawi polyurja. Odosobnione uszkodzenie oddzielnie jednego lub drugiego organu nie wywoła polyurji, objawi się ona dopiero wtedy, gdy przez wtórne zwyrodnienie dojdzie do zniszczenia całego systemu a mianowicie neurohypofizy, stopki, lejka i jąder *regionis hypothalamicae.* Ten fakt wyjaśnia nadzwyczajną różnorodność umiejscowienia zmian, spostrzeganych w moczówce prostej. Jedynie dokładne histologiczne zbadanie nie tylko łożyska pierwotnie uszkodzonego, lecz także całego wymienionego systemu objaśni nam właściwą podstawę procesu. Nasze spostrzeżenia potwierdzają, że egzystują anatomiczne połączenia nerwowe, biegnące między neurohypofizą i *regio hypothalamica;* kierunek tych dróg nie jest dotychczas dokładnie zbadany, lecz zwyrodnienie powstające w nich przy pierwotnem uszkodzeniu neurohypofizy lub jąder w *regio hypothalamica* ukazuje kierunek z mózgu do neurohypofizy w przypadku Kiyona i w naszym pierwszym, kierunek przeciwny ukazują cztery nasze przypadki i doświadczenie Karryego. Spostrzeżeniami temi przy moczówce prostej udowodniono, że istnieje synergia neurohypofizy z ośrodkami w *regio hypothalamica,* na jaką wskazuje również bezpośrednie sąsiedztwo topograficzne, bliskość histologiczna i embrjonalna. Istnieje podobieństwo tego systemu w stosunku do systemu sympatycznego do nadnercza. Tu idzie o synergję między ośrodkiem regulacji metabolizmu wodnego, ułożonym w okolicy *tuberis cinerei* a neurohypofizą.

Czy jądra *regio hypothalamica* są opanowane przez wydzielanie neurohypofizy, lub odwrotnie, czy neurohypofiza opanowuje hormonalnie ośrodki w *regio hypothalamica,* nie jest do dziś rozstrzygnięte. Prawdopodobnie znaczenie mają oba kierunki.

Przytoczone patologiczno-anatomiczne spostrzeżenia świadczą, że u dojrzałego człowieka jest funkcja przysadkowa wielostronna, ale działanie wkrewne znajduje się w harmonijnej łączności z ostatnim systemem wewnętrznego wydzielania a przedewszystkiem z gruczołami płciowemi, następnie wykazuje ono synergję materjalną między częścią gruczołową i ośrodkami dla wodnej gospodarki w okolicy *tuberis cinerei.* Nie można więc patrzeć się nadal na choroby przysadkowe według byłych poglądów, a mianowicie że anatomicznie dokładnie określone uszkodzenie, umiejscowione w odpowiedniej części przysadki może wywołać stałą, pewną, kliniczną jednostkę nosologiczną. U dojrzałego człowieka jakiekolwiek bądź dłużej trwające uszkodzenie części gruczołowej przysadki, prowadzące do zakłócenia jej funkcji, wywołuje dystrofję genitalis bez względu na histologiczny charakter samego uszkodzenia. Gdy to uszkodzenie jest tak znaczne, że obniży wydzielanie części gruczołowej przysadki, silnie lub zupełnie, dojdzie do przysadkowego charłactwa, w szczególnych okolicznościach do przysadkowej letargji. Gdy uszkodzenie przysadki zniszczy połączenia przysadki z ośrodkiem dla przemiany materji i odżywianie tkanek w *regio hypothalamica,* jak i ośrodki same, dołącza się do obrazu dystrofji genitalnej jeszcze otyłość. Gdy jest uszkodzona synergja między neurohypofizą i jądrami *tuberis cinerei,* objawi się polyurja i to bądź samodzielnie, bądź w połączeniu z jednym z innych objawów uszkodzenia przysadki. Akromegalja jest objawem dysfunkcji części gruczołowej przysadki. Jedynie ma ona za anatomiczny podkład uszkodzenie dokładnie histologicznie oznaczone i swoiste. Akromegaliczny nowotwór uszkadza część gruczołową przysadki i przeto przychodzi również do dystrofji genitalis, w przypadku przerwania synergji między przysadką i ośrodkami w *regio hypothalamica,* kombinuje się akromegalja bądź z otyłością, bądź też z polyurją.

Dr. J. STOPCZAŃSKI. Kraków.

Wrażliwość skóry wobec pasorzytów jelitowych.

Według wykładu wygłoszonego dnia 9 czerwca 1930 roku na VII Zjeździe Polskiego Tow. Dermatologicznego w Łodzi.

Dążenie, aby w pewnych zaburzeniach chorobowych uznanych jako alergiczne wyszukiwać czynnik działający ujawnia się badaniami w różnych kierunkach.

Kliniczne spostrzegania już dawno wskazywały, że niektóre choroby skórne powstają wskutek nadzwyczajnej wrażliwości wobec pewnych ciał, niejednokrotnie zwykłych środków odżywczych, jak mleko, jaja, mięso. Jako ogólne określenie wrażliwości wprowadził Pirquet pojęcie alergji, dając początek nauki zajmującej się temi właściwościami ustroju. Według Pirqueta zdolność odczynowa ustroju zmienia się wskutek wpływów chorobowych, zadziałania produktów bakteryjnych lub pewnych ciał chemicznych. Ta zmiana zdolności odczynowych czyli alergja może okazywać się w czasowej zmianie szybkości odczynowej, gdy odczyn zjawia się jako natychmiastowy bezpośrednio albo w ciągu 24 godzin po zadziałaniu pewnego bodźca. Według wielkości i ilości odczynów odróżnia Pirquet wzmożoną zdolność odczynową jako nadwrażliwość czyli anafilaksję od stopniowego obniżenia zdolności odczynowej aż do niewrażliwości czyli odporności. Doerr uważa, że powstanie odczynowej wrażliwości nie może być wyłącznie zależne od poprzedzającego zadziałania wpływów chorobowych, bakteryjnych lub innych. Przyjmuje on w każdym wypadku usposobienie odziedziczone, bez którego nie powstają objawy wrażliwości. Gdy inni autorzy jak Coca, Cooke odróżniają odziedziczone uczulenie osobnicze, idiosynkrazję od nabytych, nieodziedziczonych alergji, do których zaliczają anafilaksję, Doerr uznaje we wszystkich postaciach wrażliwości znaczenie skłonności wrodzonej i odziedziczonej. Bloch zwraca uwagę, że istotę idiosynkrazji stanowi osobnicza ściśle cecha odczynu, która powoduje nie dający się bezwzględnie obliczyć nie stosujący się często do wszelkich przewidywań przebieg. Skala odmian idiosynkratycznego odczynu jest bardzo różną zależnie od właściwości wywoływacza. Znane są ciała jak formol, na które skóra u wielu ludzi jest wrażliwą. Ale są także bodźce, które pomimo częstego na skórę działania, bardzo rzadko wywołują odczyny, jak okłady z wodnego wyciągu rumianka. Nie można jednak mówić o idiosynkrazji, gdy pewien bodziec wywołuje odczyny u wszystkich lub 80% badanych. Doświadczenie wykazuje, że ilość odczynów zależy tak od rodzaju jak i stopnia zagęszczenia wywoływacza.

Nieprawidłową zdolność odczynową skóry, która objawia się w możności wywołania stanu zapalnego różnego stopnia, można doświadczalnie udowodnić. Do tego celu używa się takich bodźców, które u osób z prawidłową zdolnością odczynową żadnych objawów nie powodują. Pewna część bodźców, jak niektóre ciała chemiczne, promienie pozafioletowe i Roentgena wywołują zapalny odczyn także na zdrowej skórze. Z ciał chemicznych wywołują odczyn zapalny: olej krotonowy, gorczyca, pokrzywa na każdej skórze odczyny. Przy zastosowaniu tych bodźców na skórę nadwrażliwość osobnicza wykazuje wzmożony odczyn zapalny, zaś niewrażliwość obniżony co do nasilenia odczyn. Nawet przez mechaniczne a silne tarcie można na każdej skórze wywołać bąbel pokrzywkowy. Jednak u osób okazujących dermografizm słabe podrażnienie wystarcza dla wywołania bąbla. To samo odnosi się do bodźców termicznych, elektrycznych. Opisywano bowiem wypadki pokrzywki powstającej pod wpływem zimna. W tych wypadkach bodźcem wywołującym nie tylko jest niska ciepłota podczas zimy, ale także u osób mających tę wrażliwość można zadziałaniem na skórę lodu lub chlorku ethylu te same objawy miejscowe powodować. Badania Landsteinera wykazały, że różne bodźce, które są ciałami chemicznemi o budowie prostych lub więcej złożonych związków nieorganicznych lub organicznych wywołują nie bezpośrednio objawy nadwrażliwości. Dla powstania

takich objawów potrzeba nietylko utworzenia się niweczników, ale jeszcze połączenia tychże z owemi bodźcami. Różne bodźce znane jako działające drażniąco na skórę, jak sublimat, formalina i inne mają dążność łączenia się z pewnemi ciałami w ustroju a mianowicie z ciałami białkowemi. Co do związków diazowych zdaniem Klopstocka, Mayera powstają już w miejscu wstrzyknięcia połączenia tychże z ciałami białkowemi a następnie dopiero w ustroju zostaje utworzony całkowity wywoływacz. Bloch wyraża przekonanie, że jodoform dlatego u pewnych osób wywołuje objawy podrażnienia skóry, ponieważ u tych osób zachodzi szczególnie silne powinowactwo ciał białkowych komórkowych do grupy metanowej. Znane są często spostrzegane podrażnienia skóry spowodowane noszeniem futer barwionych. W Anglji trafiały się te wypadki bardzo często tak, że spowodowały badania dla wyszukania przyczyny tych podrażnień. Okazało się przy tych badaniach, że najczęściej wywołują te objawy futra barwione brunatno i ciemno szaro. Dla nadania futrom barwy czarnej używany jest ursol, niebiesko czarnej nigrosina, lub mieszanina tejże z ursolem, czerwono brunatnej p-aminofenol, ciemno brunatnej m-fenylendiamin. Te związki z wyjątkiem nigrosiny są bezbarwne, utleniają się łatwo i przechodzą w związki o budowie chinonu. Do wielkiego szeregu działających jako alergeny ciał chemicznych jak formalina, terpentyna, fenol, jod, jodoform, brom, nikiel, arsen i arsenobenzol, resorcyna, sublimat, antypiryna, fenacetyna, atropina i inne, bakteryjnych tuberkulina, trychofityna, szczepionki, roślinnych jak pierwiosnek, pokrzywa, świetlik lekarski przybywają jady pasorzytów jelitowych. Już dawno, bo jeszcze w 1844 roku Miram opisywał szkodliwe działanie na błony śluzowe glist ludzkich. Jeszcze więcej działającym ma być według Goldschmidta płyn jamy ciała tych pasorzytów. Spostrzeżenia jego wykazują, że zachodzą wielkie różnice w wrażliwości na jad tych pasorzytów. Są bowiem ludzie u których ten jad nie wywołuje żadnych objawów. Zdarza się także, że dopiero pod wpływem częstego działania jadu występuje powolne uczulenie, jednak nierzadko pierwsze zetknięcie z temi pasorzytami daje powód do wystąpienia uciążliwych dolegliwości. Wśród ludzi zajętych przy szyszczeniu jelit zwierzęcych spostrzegano różne objawy podrażnienia błon śluzowych, jak katary spojówek, nosa, gardła, krtani a nawet tchawicy. Badający te pasorzyty, a także laboranci pomagający przy tych badaniach zapadali często na te choroby, które niejednokrotnie miały silniejsze objawy w postaci uporczywego kaszlu, duszności. Trafiały się także wypadki obrzęku skóry na rękach, a nawet twarzy z następową pokrzywką powodującą silny świąd. Te więc wypadki dawały liczne dowody, że nadwrażliwość wobec tych pasorzytów jelitowych może wywoływać różne zaburzenia chorobowe, często bardzo dolegliwe, gdy dotyczą górnych dróg oddechowych. Doświadczenia miały za zadanie wykazać, czy objawy po zadziałaniu jadu glist na skórze występujące nie są odczynami swoistemi podobnie jak w innych zaburzeniach alergicznych. Dlatego podjęto próby mające na celu dokładniejsze poznanie tak samego jadu tych pasorzytów jak i jego działania. Spostrzegane przez wielu autorów (Jaquet, Fanconi, Pentagna, Inhelder) ustąpienie powtarzających się u dzieci pokrzywek po usunięciu glist dżdżownicowatych wskazywały na związek przyczynowy objawów na skórze z temi pasorzytami. Te rożne objawy występujące w licznych wypadkach uważano za dowody uczulenia osobniczego. A to dlatego, że odróżniającą cechą osób mających takie uczulenie jest odpowiadanie na pewien bodziec takiemi odczynami, jakie u innych nie występują. Zupełnie tak samo, jak nieżyt sianowy, pewne postacie dusznicy i pokrzywki przyjmowano za idiosynkratyczne, można także objawy pokrzywkowe, dusznościowe, kataralne, które powodują glisty, idiosynkratycznemi nazwać. Co do innych chorób skórnych to w piśmiennictwie znajduje się dotąd nie wiele opisów wskazujących na glisty jako ich przyczynę. Schütz opisuje jeden wypadek trądzika różyczkowego *(acne rosacea)* i jeden wysypki podobnej do pęcherzycy, Wersiłowa przypadek przewlekłego rumienia i Cederberg przypadek podobny do świerzbiączki Hebry. W wszystkich tych przypadkach objawy chorobowe po usunięciu glist ustąpiły. Próbowano także zapomocą płynu jamy ciała wywoływać zmiany pryszczycowe. W tym celu pozostawiono przez 24 godzin na skórze badanych płatki płócienne napojone płynem jamy ciała glist i przykryte ceratą. W ten sposób udawało się tylko wywołać wykwity pokrzywkowe, otoczone silnie czerwoną obwódką, ale zmiany pryszczycowe przy tych doświadczeniach nie powstawały.

Z pasorzytów jelitowych należy glista dżdżownicowata obok cianki ludzkiej do najczęstszych. W chorobach dzieci zajmuje też glistnica dżdżownicowata ważne miejsce ze względu na następstwa wewnętrzne, jakie może powodować. Już wędrówka jaką odbywa larwa glisty dżdżownicowatej przechodząc z jelita przez narząd krążenia i serce do płuc naraża na zakażenie florą bakteryjną która równocześnie przedostawać się może. Znajdowano też glisty dżdżownicowate w przewodach żółciowych (W. Nowicki). Przebiwszy się zaś z jelita do jamy otrzewnowej bywały glisty niejednokrotnie przyczyną śmierci z powodu ropnego zapalenia otrzewnej. Jak często ulegają dzieci zakażeniu temi pasorzytami to wykazują dokładnie obszerne statystyki. Hage w jednej tylko miejscowości Turyngji znalazł u badanych dzieci szkolnych 40% zakażenia glistami dżdżownicowatemi. Faria y Gomez wykazał na 1200 dzieci będących w wieku do lat 12 65% zakażonych. Ponieważ zakażenie glistą dżdżownicowatą należy w naszym kraju jak badania Lipińskiego wykazały do bardzo częstych, bo wynosi około 10%, starałem się zapomocą szczepień zbadać wrażliwość skóry na jad tych pasorzytów. Do tych celów jako materjał używałem glist dżdżownicowatych wydobytych z jelit świń bezpośrednio po zabiciu w rzeźni i glisty wielkogłowe *(ascaris megalocephala)* otrzymane z jelit zabitych źrebków. Jako płyn do szczepień stosowałem ciecz wypływającą po zmiażdżeniu glist w metalowej maszynce używanej do rozdrabniania mięsa. Po zagotowaniu w kolbie szklannej przez 10 minut, płyn po odwirowaniu i odsączeniu zaprawiono dodatkiem ½% fenola dla wstrzymania rozkładu i przechowywano w cienkich rurkach szklannych zatopionych na obu końcach. Oprócz tego płynu zawierającego cały jad glist stosowałem do szczepień płyn w którym glisty przy ciepłocie 37° C przez sześćdziesiąt godzin żyły. Glisty dżdżownicowate bezpośrednio po wydobyciu z jelit umieszczono w ciepłej wodzie, a następnie po oczyszczeniu i opłókaniu przez 5 minut w ciepłym roztworze sublimatowym 1 : 1000 przechowywano w jałowym płynie Ringera przez sześćdziesiąt godzin w cieplarce przy ciepłocie 37° C. Po upływie tego czasu glisty były jeszcze żywe i dobrze ruchliwe płyn zaś w którym przebywały przybrał swoistą woń glist i opalizował z odcieniem żółtawo-zielonawym.

Badania Fluryego umożliwiły poznanie składu chemicznego ciała tych pasorzytów. Oprócz białka, skrobi, fosforanów, cukru gronowego, tłuszczów, fermentów wykrył on nowy związek chemiczny alkohol askarylowy, z którego przy ogrzaniu ponad 80% powstaje akroleina. Badania jednak Fluryego nie zdążały do wykrycia czynnika idiosynkratycznego w glistach. Według Ransoma, Harrisona, Hoeppla Vogla, W. Jadassohna ten idiosynkrasiogen nie jest lotny. Że wejście do pracowni w której glisty przedtem dla celów doświadczalnych przerabiano wystarcza u wrażliwych do wywołania napadów duszności, tłumaczy Jadassohn w inny sposób. Ślady rozprószonego i unoszącego się w powietrzu płynu jamy ciała glist wystarczają u wrażliwych do wywołania tych objawów. Ransom utrzymuje, że czynnik działający, który znajduje się w ciele glist i powoduje u wrażliwych odczyny, ulega zniszczeniu, gdy ogrzanie trwa przez godzinę, a dochodzi do 100° C. Doświadczenia innych stwierdzają dostatecznie, że gotowanie nie niszczy jadu glist i nie działa na niego, według Weinberga i Juliena ciepłota 120° a pozostałość po siedmiogodzinnem odparowaniu pozostaje niezmieniona co do siły działania. Ta sprzeczność pochodzi zapewne stąd, że Ransom używał do prób skórnych wyciągów wodnych, które są słabsze w działaniu od stosowanego przez W. Jadossohna i innych płynu jamy ciała glist. Jednak destylat nie zawiera jadu glist, ponieważ jest zupełnie niedziałającym. Zniszczenie jadu następuje po dłuższem gotowaniu, jeżeli dodano 10 cm kwasu solnego na 100 cm płynu.

Szczepienia wykonywałem u osób w wieku od 3 do 40 lat. Szczepione były osoby zupełnie zdrowe ze sfery robotniczej, przebywające w miejskim domu noclegowym i dzieci w żłóbkach i zakładzie wychowawczym dobroczynnym. U niemowląt poniżej jednego roku był odczyn zawsze ujemnym, u osób starszych powyżej 40 lat był wynik rzadko dodatnim. Zdolność skóry tworzenia bąbla odczynowego zależną jest od różnych czynników. Pewny wpływ na to ma i wiek badanych. U starców i niemowląt jest zdolność odczynowa skóry nie wielką i dlatego rzadko wskutek tego odpowiada na zadziałanie bodźca bąblem. Przyczyną zmniejszonej zdolności odczynowej skóry ma być według Schiffa, Mendlowitscha zmniejszenie się izoaglutynin w miarę zwiększenia się wieku ludzi starszych. Brak zdolności odczynowej u niemowląt tłomaczą Halber, Hirsfeld, Mayzner brakiem powstawania niweczników. Oprócz tego ma znaczenie w tym kierunku jeszcze inna przyczyna. Alergiczne zaburzenia powodują w wieku niemowlęcym przeważnie środki żywnościowe

i dlatego też u takich dzieci spostrzegano bąblowe odczyny na skórze po zadziałaniu wyciągów tych środków spożywczych. Równocześnie stwierdzono, że skóra tych niemowląt jest na inne wyciągi niewrażliwą. To było dowodem, że w tych wypadkach jest możliwe rozpoznanie jednoważnej swoistej wrażliwości. Rozszerzenie się wrażliwości u tych dzieci w następnych latach może nastąpić z różnych powodów. Albo skóra doznaje pewnej utraty swoistej wrażliwości w tym kierunku i staje się wrażliwą na wszelkie inne bodźce, albo też zwiększa się z wiekiem ilość szkodliwie działających czynników i powoduje wieloważną wrażliwość skóry. Dlatego też doświadczenie wykazuje, że w wieku niemowlęcym i dziecięcym wyłączenie działających alergenów usuwa prawie zawsze zaburzenia chorobowe, w późniejszym zaś wieku rzadziej ten skutek osiąga. Zdolność skóry do tworzenia odczynów bąblowych jest według Skileru i Kämmerera zależną także od napięcia układu wegetatywnego nerwowego. Środki pobudzające nerw błędny zaostrzają odczyny skórne, przeciwnie środki hamujące wstrzymują powstanie odczynów. Przeciw temu oświadcza się Liebner zaprzeczając jakoby wahania w napięciu układu wegetatywnego miały wpływ na powstanie czy to samego bąbla czy też otaczającej go obwódki odczynowej. Inni badacze twierdzą, że dodatnie odczyny skórne są tylko wyrazem pobudliwości nerwowo-naczyniowej skóry. Zwiększenie ilości eozynofilów przy podwyższonem napięciu układu wegetatywnego pozwalało spodziewać się związku między eozynofilią a zdolnością odczynową skóry. Jednak wyniki badań różnych autorów w tym kierunku są sprzeczne.

Przy badaniu wrażliwości skóry próbowano różnych sposobów zastosowania bodźców wywołujących alergiczne odczyny. Najczęściej używany jest sposób wstrzykiwania śródskórnego odpowiednich wyciągów. Ten sposób powszechnie uważany za czuły, daje możność dokładnego dawkowania, ale nie jest niebolesnym nawet przy odpowiedniej wprawie wstrzykującego i zachowaniu wymaganych wskazówek. Oprócz tego ma ten sposób pewne źródło błędów. Mianowicie czasem wstrzyknięty płyn rozlewa się płasko bez oporu, tworząc nieregularne odnogi. Odnosi się przy tem wrażenie, że płyn wypełnił poprzednio istniejącą płaską pustą przestrzeń. Takie wstrzyknięcie powoduje w powierzchni skóry wyniosłość, która przez czas dłuższy nie znika i ze względu na swą wielkość daje powód do fałszywej oceny. Według Baagoego takie wstrzyknięcie wypełnia naczynie śródskórne i dlatego szczególniej silnie działa na powstanie takiej obrzękowej wyniosłości.

Dla badania wrażliwości na jad glist można tylko posługiwać się szczepieniami skórnemi, należy zaś unikać wstrzykiwań ze względu na niedające się przewidzieć nasilenie objawów odczynowych. Przy szczepieniu należy stosować jak najmniejsze ilości jadu unikając rozlania płynu. Postępując bardzo ostrożnie nie zdołałem uniknąć wypadku dotyczącego silnie zbudowanego zdrowego ślusarza liczącego 23 lat.

Tenże w kilka minut po zaszczepieniu, począł doznawać tak silnych duszności i bólów pod łukami żebrowemi, że upadł na podłogę i jęcząc wzywał pomocy. Po trzech godzinach bóle ustały, obrzęk, zaczerwienienie i silny świąd całego ramienia utrzymywał się do popołudnia następnego dnia. Szczepienia płynem jamy ciała glist wykonywałem w dwóch miejscach na zewnętrznej powierzchni ramienia. W szczepieniach kontrolnych równocześnie wykonywanych na drugiem ramieniu płyn jamy ciała glist był zastąpiony wodą destylowaną z dodatkiem takiej samej ilości fenolu. Wyniki szczepień oznaczałem według wielkości odczynu, który przedstawiał mniejszy lub większy bąbel pokrzywkowy otoczony odczynową obwódką. Odczyny o średnicy ponad 2 cm zapisywano jako silnie dodatnie +++, nieco mniejsze, jako średnio dodatnie ++. Poniżej średnicy 1 cm jako słabo dodatnie. Ujemne nie różniły się wyglądem od równoczesnych prób kontrolnych. Wyniki przy tych szczepieniach podobnie jak w doświadczeniach W. Jadassohna, Hegglina, Fülleborna wykazały, że jad w płynie jamy ciała glisty końskiej *(ascaris megalocephala)*, jest więcej stężony, niż w takim samym płynie glisty dżdżownicowatej, ludzkiej albo znajdującej się u świń *(ascaris lumbricoides)*. Najwięcej też daje wyników dodatnich płyn z glisty końskiej, bo przeszło 70%. Płyn z glist dżdżownicowatych powoduje 40% dodatnich odczynów. Jeszcze mniej daje dodatnich odczynów płyn życiowy glist, bo tylko 35%. Imienny wykaz szczepionych w dwóch załączonych tablicach podaje wyniki odczynów.

Tablica I.

Szczepienie płynem z *Ascaris megalocephala.*

L. p.	Imię i nazwisko badanego	Wiek	Czas powstawania odczynu	Rodzaj odczynu
1	Stanisław D.	25	5'	++
2	Józef S.	21	—	—
3	Stanisław M.	20	6'	++
4	Józef B.	20	4'	+++
5	Karolina K.	6	5'	++
6	Rozalja B.	4	—	—
7	Józef T.	32	5'	++
8	Stanisław P.	19	3'	+++
9	Aniela Z.	21	5'	+
10	Marja G.	18	5'	++
11	Leokadja M.	17	—	—
12	Kazimierz C.	6	—	—
13	Antoni W.	6	—	—
14	Irena Ł.	8	4'	+++
15	Stanisław G.	6	—	—
16	Eljasz J.	19	5'	++
17	Chaim Z.	34	—	—
18	Marja G.	25	—	—
19	Rerina S.	25	—	—
20	Wanda K.	16	4'	+++
21	Henryk L.	19	6'	++
22	Walenty W.	23	4'	+++
23	Aleksandra B.	18	5'	++
24	Józefa S.	5	5'	+++
25	Zofja K.	4	5'	+++
26	Wanda O.	4	5'	++
27	Wanda L.	17	3'	+++
28	Anna M.	16	3'	+++
29	Stefanja L.	20	4'	+++
30	Stanisław K.	21	5'	+
31	Andrzej K.	29	—	—
32	Józef U.	18	—	—
33	Leopold T.	19	6'	++
34	Irena K.	5	—	—
35	Stanisława T.	5	5'	+
36	Zofia K.	5	—	—
37	Józefa Z.	4	5'	+
38	Stanisław M.	9	5'	+
39	Zbigniew M.	16	5'	+
40	Władysław G.	18	5'	++
41	Kazimierz W.	30	5'	+
42	Zofja S.	19	3'	+++
43	Antoni K.	9	6'	++
44	Janina S.	11	5'	+++
45	Władysława J.	12	5'	+
46	Władysława W.	11	5'	++
47	Helena S.	27	4'	+++
48	Bronisława G.	8	5'	+++
49	Władysław B.	26	5'	++
50	Izak K.	20	—	—
51	Józef G.	18	5'	+
52	Władysław K.	29	—	—

Tablica II.

Szczepienie płynem z glist dżdżownicowatych.

L. p.	Imię i nazwisko badanego	Wiek	Czas powstawania odczynu	Rodzaj odczynu
1	Kazimierz A.	6	—	—
2	Czesław C.	6	6'	++
3	Danuta B.	6	5'	+++
4	Ludwika G.	4	5'	++
5	Władysław S.	16	—	—
6	Mojżesz K.	18	—	—
7	Karol K.	17	5'	+++
8	Natan Wł.	18	—	—
9	Józef J.	20	5'	+++
10	Marja P.	29	5'	++
11	Rozalja Ż.	18	5'	+
12	Jadwiga K.	25	4'	+
13	Marja B.	24	—	—
14	Władysława T.	25	—	—

L. p.	Imię i nazwisko badanego	Wiek	Czas powstawania odczynu	Rodzaj odczynu
15	Anna F.	23	—	—
16	Helena C.	5	—	—
17	Józefa D.	3	—	—
18	Wanda K.	3	4'	+++
19	Helena P.	4	—	—
20	Marcin D.	15	—	—
21	Wiktor S.	18	5'	++
22	Marjan K.	17	5'	+++
23	Aleksander M.	18	5'	++
24	Władysław N.	5	—	—
25	Alfred D.	4	6'	+
26	Anna W.	4	—	—
27	Józef W.	14	5'	+++
	Szczepienie płynem w którym glisty 60 godzin żyły.			
28	Władysław R.	10	5'	+++
29	Bronisław K.	7	—	—
30	Marja T.	9	—	—
31	Aniela O.	23	5'	++
32	Wiktorja K.	20	5'	++
33	Bronisław G.	9	—	—
34	Marjan L.	11	—	—
35	Bolesław M.	8	—	—
36	Antoni S.	11	—	—
37	Aniela L.	6	5'	+++
38	Władysława K.	5	—	—
39	Michał S.	7	5'	+++
40	Stanisław P.	17	—	—
41	Wiktor Z.	16	—	—
42	Roman R.	17	—	—
43	Marja B.	4	5'	+++
44	Józefa D.	5	—	—
45	Jadwiga O.	6	—	—
46	Mieczysław G.	7	5'	++
47	Franciszek W.	16	—	—
48	Tadeusz L.	16	—	—
49	Wanda M.	12	—	—
50	Zygmunt K.	6	6'	+
51	Tekla W.	18	—	—
52	Michalina G.	7	—	—
53	Marjan H.	5	5'	++
54	Adam D.	5	—	—

Wyniki otrzymane przy takich szczepieniach przez innych nie są w kierunku odczynu dodatniego odsetkowo zupełnie zgodne. I tak Hegglin, który używał do szczepień wyłącznie jadu glisty końskiej otrzymał na 231 szczepionych tylko 53 odczynów ujemnych. Jednak miał jeszcze mniej dodatnich odczynów jak Brüning i Brunner. Szczepienie Ransoma dało bardzo niewiele odczynów dodatnich, bo na 20 osób zaszczepionych tylko u czterech był wynik dodatni. Fülleborn otrzymał na 22 szczepionych 14 odczynów dodatnich. Ta sprzeczność w wynikach zależy od sposobu przyrządzenia i rodzaju użytego do szczepień jadu. Wyciąg wodny jakim posługiwał się Ransom jest słabszym w działaniu od wyciśniętego z glist nierozcieńczonego płynu ciała tych pasorzytów, którego i ja do szczepień używałem. Także mniej działającą ze względu na znaczną utratę jadu przy przyrządzaniu będzie miazga glist, z jakiej Fülleborn przygotował płyn do szczepień. Wnioski też jakie stawiają na podstawie tych szczepień różni autorzy nie są zupełnie zgodne. Brunner u osób, u których znalazł zakażenie glistami zawsze wykazywał przy szczepieniu odczyn dodatni. Dlatego też taksamo, jak Brüning uważa, że wynik szczepienia może dawać rozpoznanie w kierunku pasorzytów. Ostrożniejszym w ocenie swoistości szczepień jest Hegglin i twierdzi, że nie zawsze dodatni wynik odczynu wskazuje na obecność glist. Cieszyński odmawia próbie skórnej znaczenia rozpoznawczego. Coventry i Taliaferro wykonywali doświadczenie u tubylców w Honduras, którzy od dziecka dużo więcej są narażeni na zakażenie temi pasorzytami, niż Europejczycy. Badani przez nich należący do innej rasy okazywali zdolność odczynową skóry także inną, może zależną od czynników konstytucyjnych. Dlatego też znajdując 80% dodatnich odczynów nie chcą ze względu na te warunki stawiać wniosków na podstawie swoich doświadczeń. Tosamo odnosi się do doświadczeń Kahva u Chińczyków, który pomimo obecności w stolcach jaj pasorzytów miał 58% ujemnych odczynów. Ważnem bardzo zadaniem było zbadanie czy ten jad który jest istotnym wywoływaczem objawów należy do ciał białkowych. Pojęcie antygenu wymaga nietylko, żeby tenże powodował tworzenie się niweczników w żywym ustroju i dawał swoisty odczyn z nimi, ale także przynależności do ciał białkowych i wielu autorów tylko takim ciałom przypisuje działanie wywołujące. O ile jednak dawniej to zapatrywanie było powszechnem, że tylko ciałka białkowe mogą być wywoływaczami, to obecnie doświadczenia wykazały, że takie pojmowanie jest za bardzo ścieśnione. Okazało się bowiem, że w całym szeregu wrażliwości, jak na selery, na wyciągi kurzu domowego, w nieżycie sianowym wywoływacz nie był ciałem białkowem.

Jad znajdujący się w płynie jamy ciała glist, jak i w płynie w którym glisty żyły jest według doświadczeń W. Jadassohna, Fülleborna i Kikutha dialyzującym. Aby się o tem przekonać przygotowano płyn życiowy glist do dialyzy przez przesączenie przez sączek Berkefelda. Po przesączeniu otrzymano płyn barwy żółtawo zielonawej opalizujący przeźroczysty. Po odparowaniu w niższej ciepłocie do dziesięciokrotnie zmniejszonej ilości wlano do rurki szklanej o średnicy 3 cm zamkniętej na jednym końcu błoną z pęcherza rybiego. Rurkę te zawieszono w naczyńku z wodą destylowaną w ten sposób, że płyn w rurce znajdował się w jednym poziomie z wodą w naczyńku. Po trzech dniach poziom płynu w rurce się podwyższył zaś woda w naczyńku przyjęła swoistą woń glist, jednak nie tak silną jak płyn życiowy. Szczepienia tym dialysatem wykonywałem tak samo, jak płynem jamy ciała glisty. Na skórze ramienia lekko napiętej zdrapywano tępem ostrzem w dwóch miejscach powierzchnię tylko o tyle, aby nie wywołać najmniejszego krwawienia. Wypływająca bowiem krew z uszkodzonej powierzchni skóry wpływa na zmniejszenie powstającego odczynu. Na tak przygotowane miejsca szczepienia opuszczałem kroplę z rurki szklanej w której dialysat był przechowany. W ten sposób zaszczepiłem 8 osób u których poprzednie szczepienie płynem jamy ciała glist dżdżownicowatych dało odczyn silnie dodatni. Wynik u tych osób szczepienia dialysatem był również silnie dodatni. Już od dłuższego czasu próbowano doświadczalnie w surowicy okazujących na pewien bodziec wygórowaną wrażliwość wykrywać takie ciała, któreby z tym bodźcem dawały swoisty odczyn

Najważniejsze sposoby używane dzielą się na dwie grupy według celów, do jakich zmierzają. Jednym z tych celów jest wykrycie swoistych ciał, których istnienie dla zaburzenia chorobowego ma znaczenie, bez względu na to, czy te ciała będąc w związku z komórkami, powodują chorobę wspólnie z pewnym wywoływaczem, lub czy też znajdując się w stanie wolnym w krwi przez nasycenie się wywoływaczem wstrzymują wystąpienia objawów chorobowych. Dodatnie wyniki, jakieby można uzyskać temi sposobami w wrażliwościach dających objawy dusznościowe i pokrzywkowe byłyby bardzo ważne. Te sposoby zdążały do wykrycia strącalników i ciał mających własność wiązania dopełniacza. Jednak liczne doświadczenia tak w różnych wrażliwościach jak i w wrażliwościach na glisty dotąd strącalników nie wykazały. Co do ciał mających własności wiązania dopełniacza to doświadczenia Storma van Leemvena i Kremera z surowicami wrażliwych nie dały pewnych wyników. Wykazanie tych ciał udawało się u osób mających nieżyt sianowy tylko w okresie pojawienia się tych zaburzeń chociaż wrażliwość pozostaje stale, co zresztą wykazały próby skórne w tym kierunku wykonywane. W badaniach zdążających do drugiego celu, chodziło o rozstrzygnięcie czy zapomocą wstrzyknięcia surowicy można uzyskać przeniesienie wrażliwości. Te badania zmierzały do przenoszenia wrażliwości na zwierzęta lub sposobem Prausnitz Küstnera na ludzi.

Przeniesienie wrażliwości skóry wobec jadu glist udało mi się wykonać zapomocą surowicy krwi owego ślusarza W., który szczepienie płynem jamy ciała glist końskich odchorował. Próby z surowicami innych trzech osób, które okazywały bardzo silnie dodatni odczyn, dały wynik ujemny. W tym celu wziętą w ilości 10 cm krew po skrzepnięciu odwirowano a surowicę odciągniętą pipetą po dodaniu $^1/_2$% fenolu umieszczono w kilku ampułkach szklanych. W ten sam sposób przygotowano surowicę kontrolną z krwi wziętej od 2 osób, które tak przy szczepieniu płynem glist końskich jak i dżdżownicowatych okazywały odczyn ujemny. U pierwszego z badanych liczącego lat 17, a okazującego przy poprzednich szczepieniach odczyn ujemny wstrzyknąłem śródskórnie na prawem ramieniu w dwóch miejscach po 0,1 surowicy owego ślusarza W. na lewem ramieniu równocześnie taką samą ilość surowicy kontrolnej również w dwóch miejscach. Następnego dnia w tych czterech miejscach zaszczepiono płyn jamy ciała

glist końskich. Wynik szczepienia okazał się silnie dodatni w obu miejscach w których na 24 godzin przedtem wstrzyknąłem surowicę W. Miejsca zaś te w których była wstrzyknięta surowica kontrolna, dały wynik ujemny. W następnem doświadczeniu, dotyczącem kobiety 21 lat, a okazującej także ujemne odczyny przy poprzednich szczepieniach, szczepienie wykonałem płynem jamy ciała glist dżdżownicowatych, także w miejscach na 24 godzin przedtem uczulonych surowicą W. Wynik szczepienia okazał się tak samo dodatnim, jak w poprzedniem doświadczeniu. Trzecie doświadczenie wykazało przeniesienie uczulenia i na odległość. Szczepienie płynem glist końskich wykonałem tylko na jednem z miejsc uczulonych surowicą W. Jednak odczyn w postaci bąbla pokrzywkowego wystąpił także i w drugim uczulonem poniżej znajdującem się miejscu, chociaż to miejsce nie było szczepione. W następnych dwóch doświadczeniach dały odczyn dodatni szczepienia wykonane płynem życiowym glist również w miejscach surowicą W. uczulonych, dwóch osób, u których poprzednie szczepienia wykazały zupełną niewrażliwość. W szóstem doświadczeniu otrzymałem wynik dodatni szczepienia dializatem z płynu życiowego w miejscach poprzednio uczulonych.

Przez zupełnie pewne wykazanie niweczników sposobem Prausnitz-Küstnera zapomocą surowicy nadwrażliwego na jad glist, można było stwierdzić, że powstające wskutek nadwrażliwości objawy polegają na odczynie zachodzącym między tym jadem a niwecznikami. Wobec tego jest zupełnie uzasadnione zaliczenie objawów powstających wskutek nadwrażliwości wobec jadu glist do tego samego rzędu zaburzeń, w których udawało się wykazanie niweczników Prausnitz-Küstnera, jak w nieżycie sianowym, idiosynkratycznych dusznościach i pokrzywkach powodowanych przez różne związki chemiczne, stosowane jako środki lecznicze. Przyjmowanie wspólnej cechy tych zaburzeń jeszcze znajduje oparcie i w tem, że podczas obecności tychże zaszczepienie lub wstrzyknięcie odpowiedniego wywoływacza wywołuje odczyn w postaci bąbla pokrzywkowego. Wykazanie więc niweczników Prausnitz-Küstnera wyjaśnia tak patogenezę tych zaburzeń jak i alergicznych objawów przez glisty wywoływanych. Przez to zostały nie tylko wykazane ciała, które swoiście na ten jad oddziaływują, ale także te ciała, które z surowicą osoby nadwrażliwej wstrzyknięte niewrażliwym powodują u nich takisam stan czasowego uczulania skóry w jakim znajduje się skóra u osób dotkniętych nadwrażliwością.

U dzieci przebywających w żłóbkach, a wykazujących przy szczepieniu płynem glist odczyny dodatnie wykonałem badania stolców na jaja pasorzytów. Posługiwałem się przy tych badaniach sposobem wysalania Bassa-Fülleborna. Większość, bo 80% okazujących silnie dodatnie odczyny była zakażoną temi pasorzytami. Przyrządzanie płynów z miazgi glist do szczepienia, przesączania tychże i dialyzowanie, przygotowanie płynu życiowego glist wykonał bardzo starannie z chemiczną dokładnością Kierownik miejskiej pracowni chemicznej Dr. Moroz. Na podstawie przeprowadzonych badań i doświadczeń mogę postawić następujące wnioski. 1) Wrażliwość skóry na jad zawarty w ciele glist jelitowych jest bardzo rozpowszechniona, bo wynosi około 70% badanych. 2) Na podstawie otrzymania odczynu dodatniego przy szczepieniu skórnem płynem jamy ciała glist, nie można rozpoznawać obecności glist, ale u 80% dzieci okazujących odczyny silnie dodatnie znajdują się w stolcach jaja pasorzytów. 3) Jad, który zawiera ciało glist nie jest białkiem, gdyż jest dialyzującym. 4) Wrażliwość skóry można zapomocą surowicy nadczulego na jad glist sposobem Prausnitz-Küstnera na niewrażliwych przenosić. 5) Ze względu na wielkie rozpowszechnienie w naszym kraju zakażenia glistami należy przy leczeniu pokrzywek powtarzających się zwłaszcza u dzieci zwracać uwagę w kierunku obecności glist dżdżownicowatych.

Piśmiennictwo:

1) Arrhenius und Madsen: Die chemischen Anschaugen über Immunitätsvorgänge 1927. — 2) Baagöe: Klin. Wschr. 1928. — 3) K. Beller: Inf. krhk. Haustiere 32, 232 (1928). — 4) Biberstein: Z. Immun., forschg. (1926). — 5) R. Bernhardt: P. Gazeta Lek. Nr. 20, (1930). — 6) Bloch: Arch. f. Dermat. 145 (1924), Klin. Wschr. 1928. — 7) Bloch und Steiner: Arch. f. Dermat. 152, (1926). — 8) Bondy: Wien. klin. Wschr. 1908. — 9) W. Borchardt: Klin. Wschr. 1929. — 10) Brünning: Arch. Kinderheilk. 1927. — 11) Caufield Cohen und Fadie: I. of. Immun. 12, (1926). — 12) Cederberg: Arch. f. Dermat. 150, (1926). — 13) Cieszyński: Mschr. Kinderheilk. 39, (1928). — 14) Doerr: Arch. f. Dermat. 150, 151, (1926). — 15) Ducret: Inaug. Diss. Zürich. 1929. — 16) Dunbar: Handbuch der pathogenenen Mikroorganismen 1927. — 17) Fanconi: Schweiz. med. Wschr. 1924. — 18) Farmer: Loeb, Biochem. Z. (1928). — 19) Flury: Arch. f. exper. Path. 67, (1912). — 20) Frugoni: Beitr. Klin. Tbk. 60, (1925). — 21) Fülleborn: Arch. Schiffs. u. Tropenhyg. 30, (1926). — 22) R. Goldschmidt. Münch. med. Wschr. 57, (1910). — 23) Goetz: Med. Klin. 23, (1927). — 24) Gröer: Klin. Wschr. 1923. — 25) M. Grzybowski: Przegląd Dermat. Nr. 1, 1929. — 26) Hage: Zbl. Bakter. 1923. — 27) Halber, Hirszfeld und Mayznzer: Z. Immun forschg. 53, (1927). — 28) Hegglin: Schweiz. med. Wschr. 1929, Nr. 1. — 29) Hoeppli und Vogel: Arch. Schiffs. u. Tropenhyg 1927. — 30) Jadassohn J.: Die deutsche Klinik, 1923. — 31) Jadassohn W.: Schweiz. med. Wschr. 1920. — 32) Jadassohn W. und Zarusky: Arch. f. Dermat. 1926. — 33) Jadassohn W.: Arch. f. Dermat. 1928. — 34) Jaquet: M. h. Dermat 1899. — 35) Isbeque: C. r. Soc. Biol. Paris 90/1924. — 36) Jerlov: Z. Immun. forschg. 28, (1929). — 37) Inhelder: Arch. Schiffs. u. Tropenhyg. 30. (1926). — 38) St. Kapuściński: Przegląd Dermat. Nr. 4, 1929. — 39) Khaw: Arch. Schiffs. u Tropenhyg. 33, (1929). — 40) Klewitz und Wigand: Klin Wschr. 1927. — 41) Fr. Krzyształowicz: Etjologja i patogeneza chorób skórnych, Warszawa 1926. — Kyrle: Arch. f. Dermat. 113, (1912). — 43) Landsteiner: Klin. Wsch. 1927. — 44) Leszczyński: Pol. Gaz. Lek. Nr. 14, 1923., Nr. 44, 1928. — 45) Lemaire Thiodet: C. r. Soc. Biol. Paris, 1926. — 46) Neisser: Arch. f. Dermat. 121. — 47) St. Ostrowski: Pol. Gaz. Lek. Nr. 37. 1926. — 48) Pentagna: Zbl. f. Dermat. 1923. — 49) Petroselli: Zbl. f. Dermat. 1923. — 50) Prausnitz und Küstner: Zbl. Bakter. 86, (1921). — 51) Przedborski: Berl klin. Wschr. 43. — 52) Ramel: Rev. med. de la Suisse Romande 1927. — 53) Samson: Beitr. Klin. T. b. K. 63 (1926). — 54) Schiff und Mendlowitsch: Z. f. Immun. forschg. 48. (1926). — 55) Schröpfl: Dtsch. med. Wschr. 1926. — 56) Schütz: Dermat. Wschr. 1925. — 57) Storn van Leeuwen. Z. Bie. und Varekamp. Pflügers Arch. 1924. — 58) Fr. Walter: Przegląd Dermat. Nr. 4. 1924. — 59) Weinberg, Julien: C. r. Soc. Biol. 1911. — 60) Werssiłowa: Mh. Dermat. 1909.

Dr. Z. ŚLĄCZKOWA. Kraków.

Bezpłodność, jej przyczyny i sposoby zapobiegania.

Z Państwowej Szkoły Położnych w Krakowie.
Kierownik: Profesor Dr. A. Markowa.

Dokończenie *).

III. Przechodzimy do ostatniej grupy etjologicznej niepłodności. Określimy ją jako przypadki o etjologji „nieznanej“, co jest niezupełnie ścisłe, albowiem badania lat ostatnich ustalają coraz dokładniej patogenezę tych przypadków.

1) Na pierwszem miejscu należy tu podnieść wpływ gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem. Organizm ludzki pozostaje pod ustawicznym wpływem układu endokrinologicznego. Do należytych czynności organizmu konieczna jest zgodna współpraca wszystkich gruczołów czyli jak się wyrażamy za Biedlem odpowiednia formuła endokrinologiczna. Każde nadmierne zaburzenie tej harmonji, wszelkie zbyt daleko idące zmiany tej formuły endokrinologicznej upośledzają rozmaite czynności organizmu a między innemi przedewszystkiem tak subtelną i skomplikowaną czynność rozrodcza. Pośród gruczołów dokrewnych zasadniczy wpływ na sprawę płodności wywierają schorzenia tarczycy, przysadki nadnercza, grasicy wreszcie samego jajnika. Hofmeister, Langhans, Biedl, Aschner i cały szereg innych autorów znajdował w jajnikach daleko idące zwyrodnienia w schorzeniach wyżej wspomnianych gruczołów.

2) Przewlekłe zatrucia morfiną, kokainą, ołowiem i alkoholem wywołują daleko idące zwyrodnienia gruczołów płciowych a w ślad zatem niepłodność. Jajniki i jądra zwierząt karmionych przez Stievego dłuższy czas alkoholem wykazywały pod mikroskopem głębokie zniszczenie połączone z zupełnem zahamowaniem ovo- i spermatogenezy. Podobne zmiany znajdowali na zwłokach pijaków Simmonds i Bertholet. Wszystkie te zatrucia wywołują u kobiet znacznie głębsze i trwalsze spustoszenia niż u mężczyzn, ponieważ jajnik nie ma zdolności tworzenia nowych jaj w ciągu życia osobniczego, podczas gdy jądra nawet po dłuższych zatruciach mogą się do pewnego stopnia odnawiać i tworzyć nowe komórki rozrodcze.

---

*) Początek tej pracy ogłoszony w numerze 36 b. r. Polskiej Gazety lekarskiej.

To samo, cośmy powiedzieli powyżej o zatruciach składnikami wprowadzonemi z zewnątrz dotyczy również samozatruć w takich chorobach przewlekłych jak zapalenie nerek, cukrzyca.

3) Zabójczy wpływ na ovo (i spermato) genezę wywołuje również nieodpowiednie odżywianie, a więc tak głodzenie jak i przekarmianie, jako też jednostronne karmienie składnikami pozbawionemi witamin. Badania Stieviego nad ptactwem domowem głodzonem i przekarmionem wykazały zupełne zahamowanie oogenezy przy równoczesnem daleko posuniętem zwyrodnieniu jajników. Takiż sam wpływ głodzenia na organizm kobiecy stwierdzono w Niemczech w latach głodowych pod koniec wojny, oraz (Stefko) w Rosji w okresie porewolucyjnym. Że z drugiej strony przekarmienie i otyłość może być przyczyną niepłodności kobiecej na to wskazują wyraźnie spostrzeżenia Rosnera i innych autorów, których pacjentki zachodziły zawsze w ciążę po odpowiednim ubytku ciała.

4) Niezaprzeczony jest wpływ ciepłoty i klimatu na płodność kobiecą. Europejki stają się niepłodne w klimacie podzwrotnikowym. Wpływ ciepłoty na zwierzęta badał w tym względzie Stieve i znajdował na obrazach histologicznych zupełny zanik jajników myszy trzymanych dłuższy czas przy 37°.

Wszystkie ostatnio wspomniane czynniki prowadzą tem pewniej do niepłodności jeżeli działają równocześnie na organizm kobiety. A taką kumulację powyższych czynników przedstawia właśnie całe dzisiejsze życie wielkomiejskie. Gorączkowe tętno pracy, głód lub przekarmienie w dzieciństwie, mieszkanie w ciasnych, niezdrowych ubikacjach, brak ruchu i nadużycia płciowe, przewlekłe zatruwanie się nikotyną, alkoholem, morfiną, kokainą — oto zespół warunków, który wystarcza aż nadto do uszkodzenia czynności rozrodczej kobiety.

4) Stwierdzono doświadczalnie, że u samic królików w jakiś czas post coitum występuje dodatni odczyn Abderhaldena na białko jądrowe, a dalej, że po śródżylnem wstrzyknięciu wyciągu z jąder a nawet wprost samego nasienia występuje niepłodność. Waldstein i Ekstein stwierdzili doświadczalnie na zwierzętach, że jako skutek częstego parzenia daje się w organizmie samic wykazać ciało oddziałujące swoiście na plemniki, t. zn. że plemniki zostają wessane przez organizm samicy i wytwarzają w niem niweczniki. To wessanie mogłoby się odbywać albo bezpośrednio przez nabłonek dróg rodnych albo też za pośrednictwem leukocytów. Przeniósłszy te spostrzeżenia na kobietę możemy przypuścić, że przez nadmiernie częste stosunki ulega wessaniu nasienie i wytwarza w organiźmie kobiecym przeciwciała niszczące potem ze swej strony plemniki i nie dopuszczające w ten sposób do zapłodnienia. Hipoteza ta tłumaczyłaby fakt, że nierzadko udaje się doprowadzić do ciąży czasowem rozdzieleniem małżonków; w tym wypadku przerwa w stosunkach prowadziłaby do wygaśnięcia odporności przeciwnasiennej, a następowe spółkowanie umożliwiałoby zapłodnienie organizmu kobiecego, który w międzyczasie stracił odporność na plemniki.

Analogię do tego przypuszczenia stanowi hipoteza Mengego, tłumacząca dodatni wpływ na niepłodność samego tylko czasowego rozdziału małżonków. Menge jest zdania, że u kobiet, u których z jakiegokolwiek powodu występuje szczególnie skłonność do poronień, ciąża może ulec przerwaniu w bardzo wczesnym okresie na skutek li tylko mechanicznego działania samego stosunku. Jest to t. zw. *„Kohabitationsabort"* autorów niemieckich. I w tych wypadkach dłuższy rozdział małżonków może doprowadzić do ciąży, jak tego dowodzą liczne przypadki t. zw. „ciąży urlopowej" znane z czasu wojny u małżeństw dotychczas niepłodnych.

5) Są wypadki, gdzie dwa zupełnie zdrowe indywidua są ze sobą zupełnie niepłodne, a dopiero zmiana partnera wykazuje w całej pełni zdolność rozrodczą kobiety. Mówimy wtedy o dysharmonji komórek rozrodczych. — *„Samenfeindschaft"* autorów niemieckich, a tłumaczymy to tem, że w rzeczywistości u wszystkich ludzi należących zwł. do tej samej rasy i tego samego narodu istnieje pewnego rodzaju pokrewieństwo krwi. Możemy zatem przypuścić, że u pewnej ilości indywiduów występuje taż sama „konstytucja gametyczna" t. zn. zdolność tworzenia konstytucyjnie identycznych gamet, podobnie jak to rzecz ma się u bliskich krewnych. Małżeństwo zatem takich gametycznie pokrewnych indywiduów, może być zatem tak samo bezpłodnem jak małżeństwa bliskich krewnych.

6) Po wykluczeniu wszystkich dotychczas wspomnianych możliwości etjologicznych pozostanie jeszcze zawsze pewna ilość przypadków niepłodności, których etjologja będzie zupełnie ciemną. Należy przytem jednak pamiętać, że — jak to podnoszą Fürbriger i Rohleder — przypadki te będą maskowaną niepłodnością mężczyzn, których nieszczere ustosunkowanie się do całej sprawy skłania do przedkładania fałszywych świadectw lekarskich lub też zgoła dostarczania do badania cudzego zdrowego nasienia.

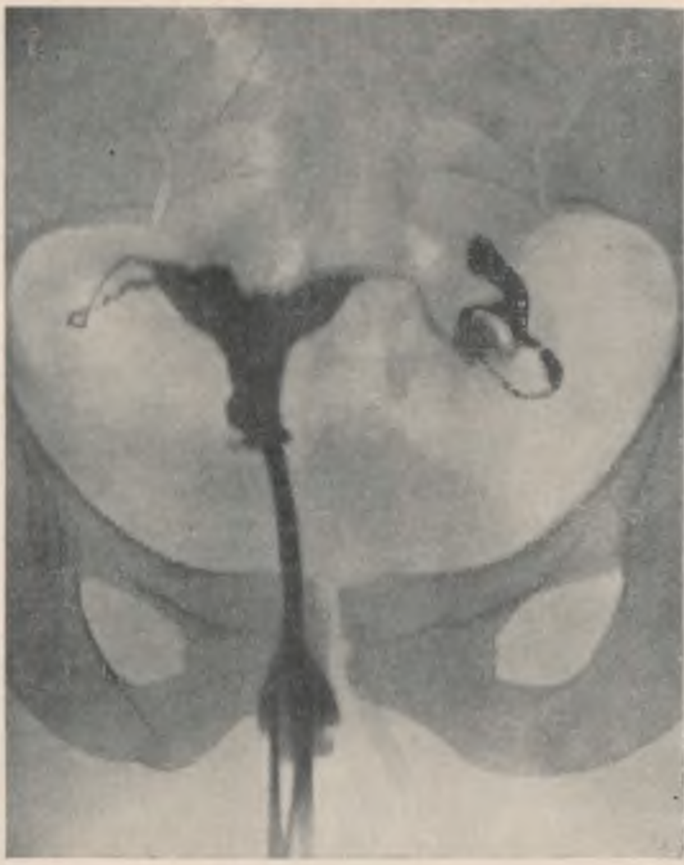
Rozpoznanie wszystkich schorzeń prowadzących do niepłodności wypełniałoby bez mała cały podręcznik ginekologji, to też nie będziemy się zapuszczać w jej szczegóły. Przy omawianiu etjologji niepłodności podnosiliśmy tu i ówdzie ważniejsze szczegóły rozpoznawcze. Tutaj zajmiemy się dokładniej sposobami rozpoznawczemi tych tylko spraw, które prowadzą do zupełnego lub częściowego zamknięcia światła trąbek nie wywołując takich zmian w ich zbitości i objętości, któreby się dawały stwierdzić zwykłemi metodami badania klinicznego. Kolosalny krok naprzód w rozpoznawaniu tych właściwie spraw datuje się od roku 1914, kiedy to Rubin podał sposób persuflacji czyli przedmuchiwanie trąbek pozwalający wykazywać ich drożność za pomocą wprowadzania powietrza do jamy otrzewnej przez macicę i jajowody. Dzisiaj perflacja albo persuflacja stała się niezbędną częścią składową naszego arsenału kliniczno-rozpoznawczego, tembardziej, że zabieg ten odpowiednio wykonany nie pociąga za sobą żadnych szkodliwych następstw, a jego prostota i łatwość pozwalają coraz częściej na stosowanie go w przychodni. W państwowej Szkole położnych w Krakowie wykonujemy persuflację zapomocą bezwodnika kwasu węglowego ze zbiornika połączonego z podwójnym cylindrem szklannym wypełnionym wodą, który połączony jest z jednej strony z manometrem z drugiej zaś zgłębnikiem persuflacyjnym. Bezwodnik węglowy przechodzi ze zbiornika przez cylinder, gdzie ilość jego jest dokładnie oznaczoną, do manometru i zgłębnika. O swobodnem przechodzeniu powietrza przez trąbki świadczy w zasadzie 1) szmer powietrza przechodzącego przez ujście brzuszne wysłuchiwany stetoskopem na jamie brzusznej, 2) opadanie ciśnienia w manometrze oraz 3) bóle, które pacjentki czują w jamie brzusznej oraz między łopatkami. W razie wyniku ujemnego t. j. jeżeli powietrze nie przechodzi przez trąbki, a ciśnienie w manometrze stale się podnosi, przerywamy zabieg przy ciśnieniu 180 m/m rtęci. W olbrzymiej większości przypadków nie zauważyliśmy po przedmuchiwaniu żadnych poważniejszych powikłań. Jedynie w 2 przypadkach — przy drożnych trąbkach w 5 min. po zabiegu wystąpił dość silny wstrząs otrzewnowy ze zblednięciem, przyspieszeniem tętna, zaburzeniami oddychania, oraz bólami w jamie brzusznej i łopatkach. W godzinę po zabiegu ustąpiły wszystkie objawy a pacjentki czuły się zupełnie dobrze. Przedmuchiwanie stosujemy od 1926 r.

Z doświadczeń naszych wynika, że stwierdzenie drożności trąbek przedmuchiwaniem nie zawsze jest pewne. I tak: 1) ból w łopatkach nie występuje stale w przypadkach drożności, niekiedy zaś zjawia się u chorych z niedrożnemi jajowodami, 2) wysłuchiwanie szmeru powietrza przechodzącego przez trąbki do jamy brzusznej jest zwodnicze, gdyż może to być szmer powietrza cofającego się z macicy przez ujście wewnętrzne, 3) opadanie manometru może nastąpić również przy trąbkach niedrożnych z powodu nieszczelnego zamknięcia ujścia zewnętrznego korkiem gumowym. Według Traugotta jedynie miarodajnym jest obraz roentgenologiczny stwierdzający po zabiegu (w przypadku drożności) przestrzeń powietrzna między wątrobą a przeponą w postaci jasnego sierpa. Prześwietlać poleca Traugott w 24 godzin po zabiegu.

Przedmuchiwanie wypada ujemnie 1) przy niedrożności jajowodów stałej, 2) przy niedrożności bezpośrednio przed lub po miesiączce, prawdopodobnie z powodu obrzęku śluzówki w miejscu przejścia macicy w jajowód, 3) skutkiem chwilowego skurczu cieśni trąbek, 4) skutkiem czopa śluzu w świetle jajowodu.

Jednorazowy ujemny wynik przedmuchiwania nie zawsze dowodzi niedrożności trąbek: czasem trzecie lub nawet czwarte przedmuchiwanie wykazuje ostatecznie drożność jajowodu, co w dalszym ciągu potwierdza zajście w ciążę.

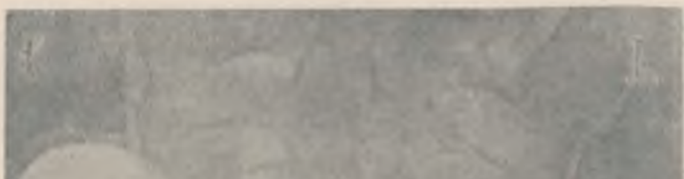
Jak ostrożnym należy być w tłumaczeniu wyników przedmuchiwania świadczy przypadek nasz tyczący się osoby zamężnej od 5 lat, która do czasu zgłoszenia się u nas nie rodziła i nie roniła. Leczyła się u nas przez 4 miesiące z powodu *adnexitis ambilateralis*. Dnia 8. I. br. wykonano przedmuchiwanie z wynikiem ujemnym. Pacjentka zgłosiła się ponownie 4. IV. br. i wtedy rozpoznaliśmy ciążę 2 mies. księżycowych. Zastąpienie nastąpiło zatem miesiąc po przedmuchiwaniu. Ze względu na 5% następowych zastąpień w naszej statystyce przedmuchiwań, (a możliwe, że odsetek ten jest większy, gdyż nie wszystkie pacjentki powiadomiły nas o swoich dalszych losach po zabiegu) możemy śmiało twierdzić zgodnie z całym szeregiem autorów, że metoda ta ma znaczenie nietylko rozpoznawcze, ale jest również zabiegiem leczniczym, a działanie jej polega 1) na usuwaniu czopów śluzowych zamykających światło trąbki, 2) na rozlepieniu luźnych zlepów, 3) wyprostowywaniu załamań światła jajowodów oraz 4) wywoływaniu





Ryc. 1 a. Ryc. 1 b.

Pacjentka A. M. u której persuflacja ujemna, salpingographia wykonana 22. IX. 1928 r. wykazuje tak na pierwszem jak i na drugiem zdjęciu niedrożność obu trąbek w okolicy ujścia brzusznego.





Ryc. 2 a Ryc. 2 b.

Pacjentka K. S. u której persufl. z wynikiem ujemnym salpingogr. wykonaną 13. X. 1928 r. wykazuje niedrożność obu trąbek prawej tuż przy ujściu macicznem a lewej przy ujściu brzusznem.

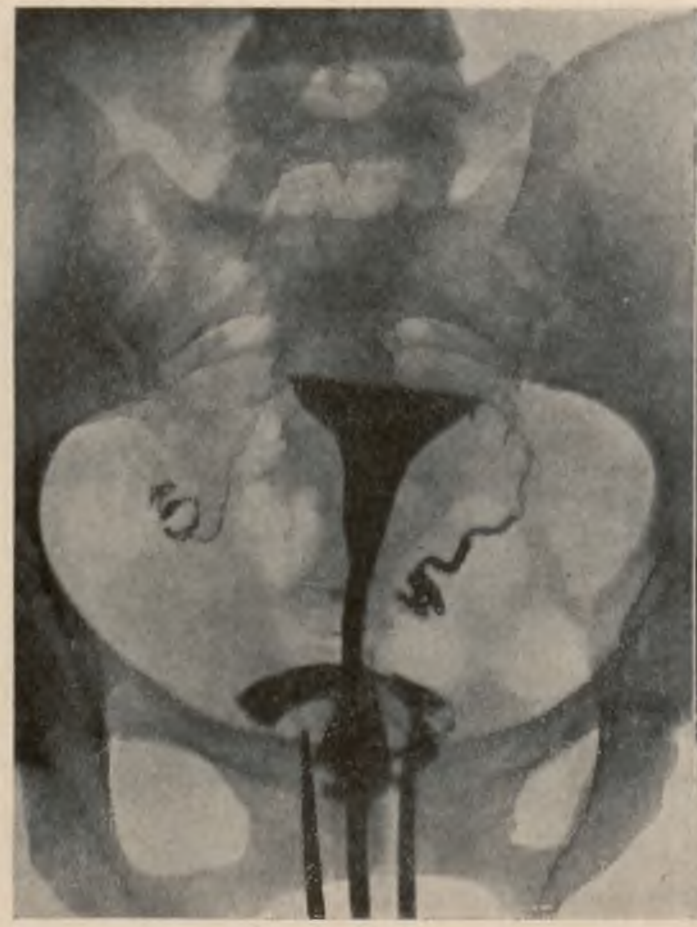


Ryc. 3 a.

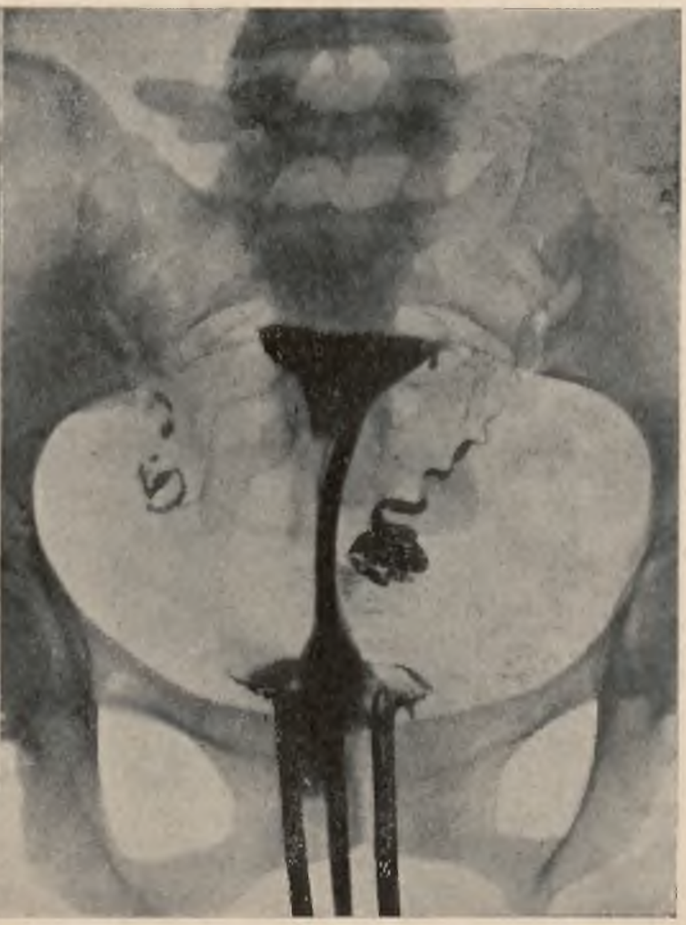


Ryc. 3 b.

Pacjentkę B. G. u której persufl. z wynikiem nie pewnym, natomiast selpingogr. wykonana dnia 13. XII. 1928 roku wykazuje na zdjęciu 3-a drożność trąbki prawej aż do ujścia brzusznego, trąbkę lewą całkowicie niedrożną; na zdjęciu 3 b wylewające się do Douglasa kropelki jodipiny wskazują na drożność ujścia brzusznego trąbki prawej.



Ryc. 5 a



Ryc. 5 b.

Zdjęcie macicy i trąbek u tej samej pacjentki H. A. (4 a, 4 b) w miesiąc po operacji. Na zdjęciu 5 a trąbka prawa uwolniona częściowo ze zrostów, drożna do ujścia brzusznego, ujście brzuszne niedrożne, trąbka lewa wykazuje drożność, przez ujście brzuszne wylewa się jodipina do zatoki Douglasa tworząc typowe jeziorko.

następowego przekrwienia prowadzącego do bujniejszego rozrostu śluzówki niedorozwiniętych jajowodów.

Ostatnim krokiem naprzód w rozpoznawaniu zwężenia trąbek jest hysterosalpyngografja, tj. metoda pozwalająca na uwidocznienie światła trąbek w macicy przy pomocy substancji kontrastowych nie przeźroczystych dla promieni Roentgena. Pierwsze próby i pomysły w tym kierunku datują się od roku 1914, w którym autorowie francuscy Dartignes i Dimier próbowali pierwsi badać światło macicy i trąbek przy pomocy 10% kollargolu. Potem używano do tego samego celu srebra kolloidalnego, soli bromowych i bizmutowych, ale wszystkie próby nie doprowadziły do celu, bo z jednej strony substancje dawały w Roentgenie niedość wyraźne obrazy, z drugiej strony zaś wywoływały poważne uszkodzenia ustroju kobiecego. Rozwiązało sprawę wprowadzenie do Roentgenodjagnostyki lipjodolu przez Sicarda i Forestiera w roku 1921. Lipjodol — połączenie olejku makowego z jodem okazał się substancją doskonale kontrastową, a przytem dla organizmu zupełnie obojętną. Od czasu zastosowania lipjodolu salpingografja stała się jedną z najpopularniejszych metod klinicznych. W Polsce główne zasługi około jej udoskonalenia położyli Rosenblath i Kass, Zawodziński, Spira i Elektorowicz oraz Lenartowski i Seidel.

lecają w tym wypadku salpingografję jako zabieg leczniczy, mający na celu zapobiec zrostom śluzówki jajników. Jesteśmy grubo ostrożniejsi i stawiamy salpingografji następujące przeciwwskazania:

1) Ostre stany zapalne.

2) Przewlekłe, niewyleczone stany zapalne (zwł. wiewiórowe), z powodu możliwości zaostrzenia i rozwleczenia procesu (Badanie wydzieliny na bakterje).

3) Nowotwory złośliwe: możliwość rozsiania się komórek nowotworowych i powstania nowych ognisk.

4) Ciąża: niebezpieczeństwo przerwania.

W Państwowej Szkole położnych w Krakowie stosujemy salpingografję od 1928 roku. Do zastrzyków domacicznych używamy tej samej sondy co do przedmuchiwania, uszczelniając ujście zewnętrzne zatyczką gumową. Początkowo używaliśmy lipjodolu Lafay, jednakże ze względu na trudności otrzymywania tego preparatu stosujemy ostatnio 40% jodipinę Mercka ogrzaną do 37°. Wstrzykujemy jej około 8 cm wliczając w to 3 cm pojemności sondy. Zawsze wprowadzamy sondę już wypełnioną jodipiną, aby ta ilość powietrza, która znajduje się w sondzie, wepchnięta do macicy i trąbek nie psuła czystości zdjęcia roentgenologicznego. Zabiegu dokonywamy po uprzedniem dokładnem opróżnieniu kiszek



Ryc. 4 a.



Ryc. 4 b.

Zdjęcie macicy i trąbek u pacjentki H. A. wykonane 13. IX. 1929 r. z powodu 10 letniej niepłodności (persufl. ujemne) wskazują na niedrożność całkowitą trąbki prawej i niedrożność ujścia brzusznego trąbki lewej. Wykonana laparotomja potwierdziła rozpoznanie trąbka prawa w zrostach z powodu apendicitis chr., trąbkę lewą niedrożną na granicy ujścia brzusznego. Wykonano salpingostomję

W porównaniu z przedmuchiwaniem salpingografja jest metodą znacznie doskonalsza. Przedmuchiwanie pozwala nam tylko ogólnie stwierdzić niedrożność trąbek, salpingografja zaś określa dokładnie siedzibę niedrożności.

W razie drożności trąbek lipjodol wstrzyknięty do *cavum uteri* przechodzi swobodnie do *ostium abdominale* i spływa przez nie kroplami do jamy otrzewnowej tworząc większe lub mniejsze jeziorka w Douglasie. Roentgen daje wówczas charakterystyczne obrazy światła macicy, trąbek oraz plam lipjodolu na dnie Douglasa. Brak obrazu owych kropli spływających z *ostium abdominale* oraz brak jeziorek w *cavum Douglasi* dowodzi zamknięcia *ostium abdominale*, brak zaś obrazu całej trąbki jest dowodem niedrożności w *ostium uterinum*. Oczywista, że na odbycie drogi z macicy do *cavum Douglasi* potrzebuje lipjodol pewnego czasu, może się zatem zdarzyć, że zdjęcie zbyt wczesne może dać obraz odpowiadający niedrożności trąbek; jedynie miarodajne będą zatem zdjęcia dokonywane co pewien okres czasu.

Ilości lipjodolu używane do salpingografji wahają się w dużych granicach: podczas gdy Hencke stosuje 2—3 cm, Béclére i Darbois wstrzykują do 30 cm³. W Niemczech powszechnie stosują zamiast lipjodolu jodipinę tj. kombinację jodu z oleum sesami. O ile można wnosić z literatury po jodipinie widywano naogół silniejsze odczyny niż po lipjodolu: bóle brzucha, nudność, ciepłotę ponad 38%, niekiedy zaś pełny obraz *pelveoperitonitis*.

Naogół stwierdzają wszyscy, że salpingografja jest w doświadczonych rękach zabiegiem nie kryjącym żadnych niebezpieczeństw, o ile jest przeprowadzona ostrożnie z uwzględnieniem odpowiednim przeciwwskazań. Zauważyć tutaj jednak należy, że zakres tych przeciwwskazań waha się w bardzo obszernych granicach. Wystarczy wspomnieć, że Cotte i Bertrand nie uważają wcale za przeciwwskazanie ostrych stanów zapalnych, a przeciwnie po-

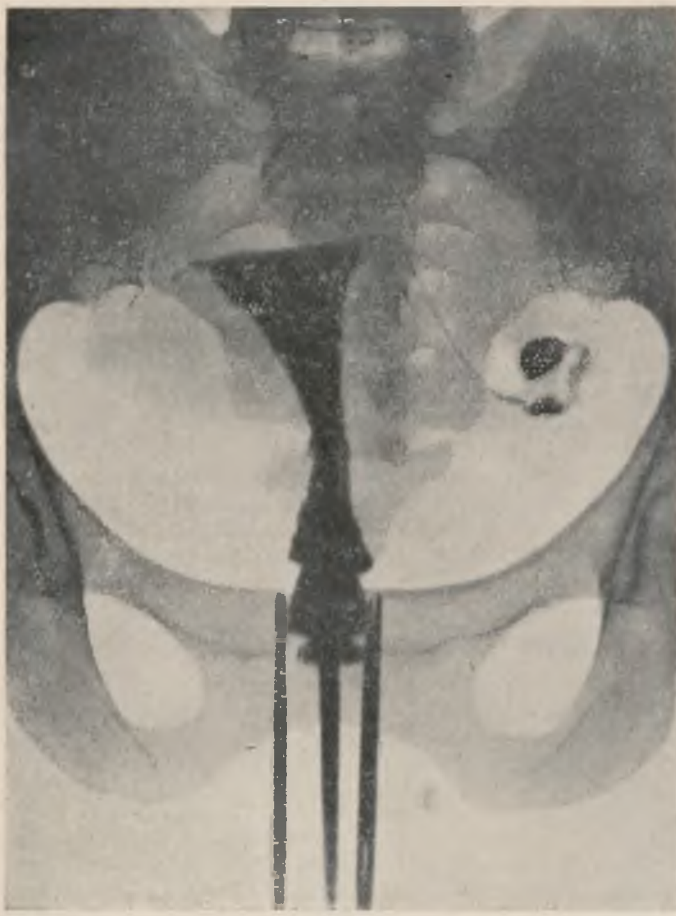
i pęcherza, a pół godziny przed zabiegiem podajemy 0,01 mf. Jodipinę wstrzykujemy 10 cm strzykawką Recorda pod ciśnieniem i kontrolą ręki, bez manometru, który również Rubin uważa za zbędny, a z polskich autorów Rosenblatt. Zdjęcia robimy: pierwsze bezpośrednio po zabiegu, drugie po 10 min., a ewentualnie trzecie po 20 min. Nie stosujemy prześwietlań na ekranie ponieważ nie dysponujemy odpowiednią aparaturą. Wykonaliśmy dotychczas 21 hysterosalpingografji, przyczem większość zdjęć naszych wykonał instytut Roentgenologiczny Kliniki chirurgicznej U. J. Chcielibyśmy na tem miejscu złożyć serdeczne podziękowanie P. Prof. Dr. Rutkowskiemu za łaskawe użyczenie nam gościny w swym zakładzie oraz kierownikowi Instytutu p. Dr. Chudykowi za dokonanie zdjęć oraz niezwykle uczynną i życzliwą pomoc.

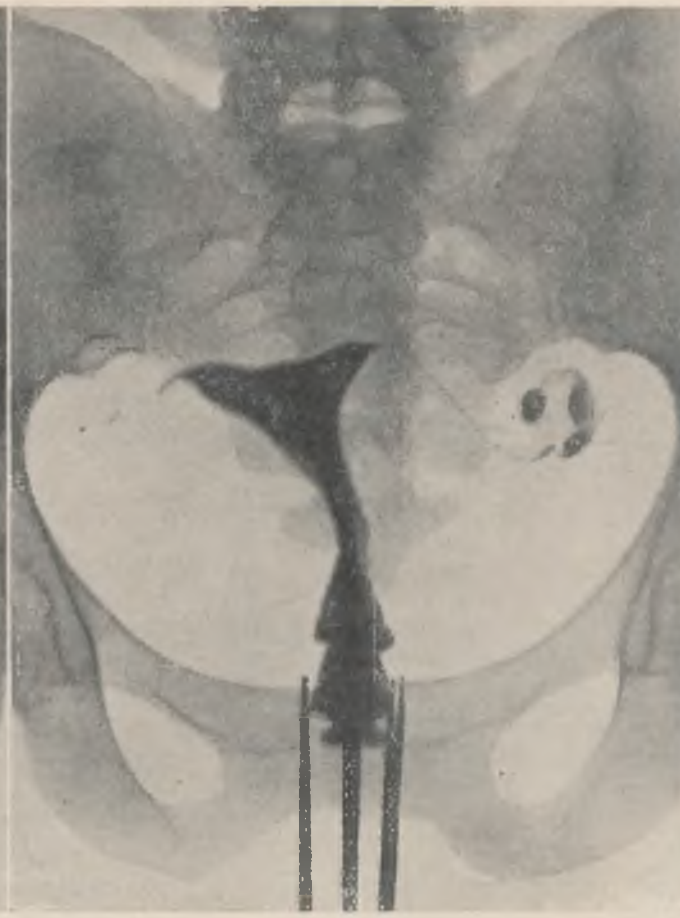
Kończąc w ten sposób omawianie hysterosalpingografji podniesiemy jeszcze, że zabieg ten podobnie jak przedmuchiwanie ma również znaczenie lecznicze przez usuwanie mechaniczne zlepów i zaczopowań w świetle jajowodów.

* * *

W przypadkach, w których salpingografja stwierdza zamknięcie jednego lub obu *ostia uterina*, nie daje nam ona żadnych wskazówek czy i o ile jest jeszcze drożna obwodowa część jajowodów czy zatem będzie mogła pełnić swą czynność po ewentualnej udanej implantacji dośrodkowych końców jajowodów do macicy. W przypadkach takich jako *ultima ratio* naszych poszukiwań rozpoznawczych pozostaje jeszcze ciągle laparotomja z następowem przez Sollheima podanem nadymaniem trąbki przy pomocy sondy wpuszczonej w *ostium abdominale*.

Arsenał naszych metod leczniczych niepłodności jest bardzo różnorodny zależnie od rozmaitej etjologji. Zajmiemy się tylko





Ryc. 6 a. Ryc. 6 b.

Zdjęcie macicy i trąbek wykonane dnia 1. I. 1929 r. wykazuje niedrożność trąbki prawej tuż poza ujściem macicznem, trąbki lewej przy ujściu brzusznem.





Ryc. 7 a. Ryc. 7 b.

Wykonano 5. VI. 1929 r. zdjęcie mamicy i trąbek u pacjentki M. K. z powodu niepłodności 8-letniej. Trąbka prawa całkowicie niedrożna, lewa na granicy ujścia brzusznego. Pacjentka w miesiąc po salpingographii zaszły w ciążę.

leczeniem niepłodności kobiecej, ponieważ leczenie niepłodności której przyczyną jest mężczyzna nie należy do zakresu ginekologa.

Zaczynamy od pierwszej grupy etjologicznej t. j. zmian wywołanych stanami zapalnemi, zaburzeniami rozwojowemi, nowotworami i urazami.

We wszelkich niedrożnościach pochwy wrodzonych i wtórnych doradzać będziemy zabieg operacyjny, jeżeli tylko dane będą ku temu warunki. Nie trzeba bowiem zapominać, że t. zw. wrodzone wady pochwy mogą się łączyć z daleko posuniętemi niedrożnościami macicy i zmianami trąbek i jajników, gdzie oczywista zabieg nie będzie miał żadnych widoków.

Przy pochwie niedorozwiniętej ułatwiającej wypływ nasienia skutecznem może być wysokie ułożenie miednicy w czasie stosunku, względnie w pozycji kolanowo-łokciowej. Pęknięcia krocza ułatwiające również *effluvium seminis* leczymy operacyjnie. Operacyjnie można również pogłębiać sklepienie tylne cięciem poprzecznem, którego brzegi zeszywamy następnie w kierunku podłużnym. Bumm poleca również w takich wypadkach systematyczny masaż i tamponadę sklepienia tylnego celem mechanicznego pogłębienia go. Wypływanie nasienia powstrzymują niekiedy krążki godne polecenia zwł. w przypadkach przesunięcia części pochwowej ku spojeniu łonowemu.

Leczenie rozlicznych postaci zapaleń pochwy jest rozmaite zależnie od etjologji. Tam gdzie w grę wchodzi dysfunkcja jajników, będziemy próbowali organoterapji i leczenia ogólnego. W przypadkach zależnych od zaburzeń przemiany materji, od chlorozy będziemy leczyć przedewszystkiem te schorzenia ogólne. Tam zaś, gdzie przyczyną będzie hyperaemja i hyperlymphia wywołana dyspareunią, musimy zwalczać tę ostatnią. We wszystkich jednak przypadkach *vaginitis* nie zaniedbamy również leczenia lokalnego: przepłukiwanie, tampony i t. d.

W przypadkach niedrożności szyjki leczniczo działać może już samo sondowanie, o czem świadczy znany przypadek Hoffmeiera. Z reguły jednak będziemy się uciekać do metod dalej idących jak rozszerzanie dilatatorami Hegara i laminarją przy zachowaniu jak najdalej idącej anty- i aseptyki. — Zabiegi operacyjne w przypadkach zamknięcia szyjki, jak rozmaite sposoby stomatoplastyki, dyscyzji i amputacji części pochwowej bywają niekiedy bronią obosieczną, albowiem prowadzą niejednokrotnie do zaciągnięć bliznowatych zamykających jeszcze szczelniej kanał pochwy. Kehrer zarzucił ostatniemi laty zupełnie metody operacyjne i posługuje się przeważnie laminarją.

Stosowanie dłuższy czas trwającego i mechanicznego rozszerzenia szyjki przy pomocy fructuletu Nassauera albo też rurki szklannej Fehlinga z następowem przepłukiwaniem jamy macicy, co polecają Opitz i Christensen, — wydaje się nam niebezpieczne ze względu na możliwość zakażenia, a poza tem — jak podkreśla Kehrer jest sprzeczne z naszemi pojęciami o fizjologicznej czynności macicy.

Przy niedorozwoju macicy staramy się pobudzić ją do dalszego rozrostu metodami sprowadzającemi przekrwienie, a więc: nagrzewaniami, diatermją, galwanizacją sposobem Bumma, wreszcie laminarją i abrazją, równocześnie zaś stosujemy leczenie ogólne: klimatyczne, kąpiele borowinowe, mierne używanie sportów, na wewnątrz zaś preparaty arsenowe, żelazowe i chininowe.

Wady w położeniu macicy naprawiamy krążkami, względnie metodami operacyjnemi.

W *endometritis corporis* usuwamy błonę śluzową skrobaniem. Przy hiperplazji błony śluzowej pochodzenia jajnikowego stosujemy przy równoczesnem leczeniu jajników równocześnie skrobankę, ponieważ przerost jajnikowy nie łatwo daje się odróżnić od przerostów na tle n. p. zapalnem.

Polipy, włókniaki i mięśniaki traktujemy operacyjnie, o ile niemożliwy jest zabieg zachowawczy. Naświetlania Roentgenem unikamy ze względu na możliwość uszkodzenia jajników.

Pęknięcia i inne urazowe uszkodzenia szyjki leczymy na drodze operacyjnej.

Daleko posunięte zmiany zapalne jajowodów dają oczywista zupełnie złe rokowanie. Tam, gdzie salpingografja ewentualnie w połączeniu z przedmuchiwaniem od strony *ostium abdominale* wykazuje pewne widoki powodzenia zabiegu, stosujemy zależnie od umiejscowienia zwężenia inplantację sposobem Strassmanna względnie Kiparskiego albo też salpingostomję, przyczem w tym ostatnim przypadku usiłujemy pozostawieniem nitki katgutowej albo kateteru moczowodowego oraz usiłujemy systematycznem przedmuchiwaniem utrzymać drożność ujścia brzusznego.

W przypadkach zupełnego zniszczenia trąbek możemy próbować wszczepienie jajnika do światła macicy. Niektóre statystyki, obejmujące wszystkie te zabiegi razem t. j. wszczepienie trąbki, salpingostomię oraz wszczepienie jajnika — wykazują do 10% wyników dodatnich z następowem zajściem w ciążę i donoszeniem.

Zauważyliśmy już powyżej, że niepłodność spowodowaną luźnemi zlepami i czopami oraz zagięciami światła jajowodów usunąć może przedmuchanie i salpingografja.

W przypadkach niepłodności jajnikowej połączonej z niedomogą jajników stosujemy preparaty jajnikowe w kombinacji z zabiegami fizykalnemi jak: diatermia, galwanizacja ewentualnie Roentgen w dawkach pobudzających. Tam, gdzie w grę wchodzi hiperfunkcja jajników próbować będziemy wyciągów z *corpus luteum* w kombinacji z silniejszemi dawkami Roentgena.

Przechodząc do drugiej grupy etjologicznej zaznaczyć należy, że tam, gdzie związek niepłodności z dyspareunją zdaje się nie ulegać wątpliwości zastosujemy w jak najszerszym zakresie psychoterapję uświadomienia seksualnego i to nietylko kobiety, ale w równym stopniu także i mężczyzny. Ponieważ zaś konflikty i załamania psychiczne prowadzące do dyspareunji dadzą się niejednokrotnie wykryć na drodze .psychoanalizy, będziemy musieli tu i ówdzie uciekać się do fachowej pomocy psychoanalityka.

Kończymy rozpatrywanie leczenia na ostatniej grupie etiologicznej określonej do niedawna mianem przyczyn nieznanych. Tutaj podnieść należy przedewszystkiem kwestję gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem. Wszędzie tam, gdzie stwierdzimy zaburzenia systemu endokrynnego zastosujemy odpowiednią organoterapję w kombinacji z naświetlaniami Roentgenem zwłaszcza przy zaburzeniach funkcji tarczycy i hipophysis. Ponieważ zwykle mamy do czynienia z dysfunkcją wielogruczołową, terapja nasza musi być odpowiednio wielostronną. Ewentualnie guzy jajnikowe oraz przerosty tarczycy leczymy operacyjnie.

Leczenie niepłodności w reszcie przypadków trzeciej naszej grupy etjologicznej jak zatrucia, przekarmienie i t. p. dane jest w samej djagnozie: staramy się usunąć organizm kobiety z pod działania danej zewnętrznej przyczyny.

Przy leczeniu niepłodności z jakiejkolwiek przyczyny, dążąc do usunięcia tej ostatniej, nie należy zapominać o poważnej roli leczenia ogólnego jak: zmiana miejsca, wyjazdy do miejscowości kąpielowych, nad morze, w góry, odpowiednia dieta — słowem wszystko co zdąża do wzmocnienia organizmu. Rola lekarza przystępującego do leczenia niepłodności bywa niestety często niewdzięczna. Od wyniku leczenia zależy niejednokrotnie szczęście dwojga ludzi, a tymczasem wszystkie nasze usiłowania nie przynoszą pożądanego skutku. Tem większą nagrodą naszych wysiłków będą te — na szczęście niezbyt rzadkie przypadki, w których umiejętnie zastosowano leczenie pozwoli ludziom osiągnąć cel ich życia.

Piśmiennictwo.

1) Benthin: Indikationen für operative Behandlung der Frauenkrankheiten, 1927. Wien. Urban & Schwarcenberg. — 2) Lenartowski, Seidler: Znaczenie diagnostyczne uterosalpingographii. Ginekologja polska. 1927. — 3) Nowak: Die Pathologie und Therapie der weiblichen Sterilität, Aertliche Praxis Beilage. 1924. Springer. 1924. — 4) Kehrer: Ursachen und Behandlung der Unfruchtbarkeit 1922. — 5) Nürnberger: Sterelität (Halban-Seitz-Biologia und Patcho. des Weibes, 1924. Band III). — 6) Rosner: Płodność a przemiana materji. Polska gazeta lekarska. 1927. — 7) Rosner: Otyłość a czynność narzadów rodnych kobiecych. Polska Gazeta lek. 1928. — 8) Rosenblatt-Kass: Roentgenografja jako środek rozpoznawczy w ginekologii. Polska ginekologja. 1926. — 9) Siegel: Gewollte und ungewollte Schwankungen der Weiblichen Fruchtbarkeit. 1917. — 10) Śliwiński, Sołtysik: Radiodjagnostyka narządów rodnych kobiecych. Lekarz wojskowy, 1928. — 11) Sellheim: Weitere Fortschritte der Sterelitätsbehand. 1927. Berlin. Karger. — 12) Sellheim: Konception und Koncéotions begünstigungen. Jahreskurse für aertliche Fortbildung. 1929. Heft 9. — 13) Temesváry: Hysterosalpingographij. 1928. — 14) Zawadziński: W sprawie techniki salpingographii Spiro. (Gin. polska 1926). — 15) Zawodziński: Wartość kliniczna Hysterosalpingographii (Gin. polska 1928). — 16) Zubrzycki: O badaniu drożności jajowodów. Polska gaz. lek. 1925, nr. 4. — 17) Zubrzycki: Leczenie niepłodności w przypadkach niedrożności dróg rodnych. Polska gaz. lek. 1927. r.

OCENY I SPRAWOZDANIA.

Löwenthal K. *Grasica. Podręcznik nauki o wydzielaniu wewnętrznem. (Thymus-Handbuch der inner. Sekretion).* Wydawca M. Hirsch. T. 1. Zesz. 5 .str. 709—866, Lipsk. C. Kabitsch. 1929. (cena RM. 26).

Piśmiennictwo lekarskie, tyczące się budowy grasicy prawidłowej i patologicznej rozrosło się bardzo znacznie. Ukazanie się przeto monografji K. Löwenthala, opartej na pokaźnym materjale uważać można na objaw pożądany.

W części, poświęconej prawidłowej budowie gruczołu autor opiera się częściowo na znanych pracach Hammar'a, częściowo uzupełnia ją własnemi zestawieniami.

Uwzględnia on około 9 tysięcy protokółów anatomo-patologicznych, spisanych w czasie wojny przez lekarzy wojskowych niemieckich.

W części, dotyczącej patologji grasicy i spraw chorobowych z nią związanych autor wypowiada się przeciw uważaniu tego narzadu za gruczoł o wydzielaniu wewnętrznem.

Również zdaniem Löwenthal'a pojęcie o *„Status thymicolymphaticus"* winno być ostatecznie wykreślone ze słownika wiedzy lekarskiej (por. str. 830).

Mimo krytycznego ujęcia zebranego materjału, monografja Loewenthal'a nie daje pełnego obrazu nauki o grasicy, a to z powodu zbyt małego uwzględnienia danych z zakresu anatomji porównawczej i biologji tego narządu. Pominięte zostały całkowicie np. piękne prace prof. Dustina z Brukselli, rzucające nowe zupełnie światło na czynność tego narządu (por. A. Dustin, Arch. Arch. inter. de med. exp. 1927).

Dr. fil. i med. *Piotr Słonimski* (Bruksella).

Bonnet R. *Podręcznik embrjologji.* (Lehrbuch der Entwicklungsgeschichte). 5 całkowicie przerobione wydanie, opracował K. Peter. Str. 542 X. (399 częściowo kolor. ryc.). Berlin, P. Parey, 1929

Podręcznik Bonnet'a ma już od dawna ustaloną dobrą opinję. Był on nawet przed 10 około laty wydany przez Kasę im Mianowskiego w przekładzie H. Zagrodzińskiego.

Współczesny postęp nauk morfologicznych wyraża w dużym stopniu w nowych zdobyczach embrjologji, której znaczenie dla wiedzy lekarskiej staje się z każdym rokiem coraz bardziej ważne. To też piąte wydanie podręcznika Bonnet'a, uległo znacznym przeróbkom, dokonanym po śmierci autora przez prof. K. Peter'a

Cały obszerny dział o błonach płodowych zwierząt domowych, przeznaczony w poprzednich wydaniach głównie dla słuchaczy medycyny weterynaryjnej, został skrócony do kilku zaledwie stron natomiast w innych rozdziałach wiele zagadnień zostało rozszerzonych i uzupełnionych (nauka o działalności ect.).

Główną zaletą podręcznika Bonnet-Peter'a jest jego zwięzłość i przejrzystość, przyczem całość zdobi prawie 400 starannie dobranych rysunków. Zrozumienie i utrwalenie terminów obcych ułatwia dodany na końcu książki słowniczek wyrazów greckiego pochodzenia.

Podręcznik ten śmiało można polecić wszystkim tym, którzy chcą poznać zasadnicze fakty z nauki o rozwoju wyższych kręgowców i człowieka.

Dr. fil. i med. *Piotr Słonimski* (Freiburg).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Lekarz wojskowy, rok XI, tom 15, nr. 10—11—12 za czas od 15 maja do 15 czerwca 1930: A. Fiumel: O stosowaniu insuliny w stanach niecukrzycowych. — St. Dzierzgowski: W kwestji sposobów określania procentowego przemiału mąki żytniej. — Wł Pęksa: O próbie zastosowania ługu dla wydzielania bakteryj na posiewach przerośniętych odmieńcem. — A. Dolatkowski. Spostrzeżenia kliniczne w przypadku miażdżycy sercowo-naczyniowej. — Fr. Zalewski: Działalność Oddziału chirurgicznego Szpitala okręgowego we Lwowie w r. 1929. — Kl. Gerner: O roli lekarza pułkowego w czasie pokoju.

Nowiny lekarskie, rok XLI, nr. 17., z 1 września 1930: A. Mester: Przyczynek do etjologji t. zw. reumatyzmu. — A. Nowiński: Zboczenia konstytucji i gruźlica wieku dziecięcego. — A. Modrzejewski: O stosowaniu pituitrolu w położnictwie. — A. B. Henke: Przypadek obrażenia rdzenia pacierzowego na skutek ucisku przez wytworzoną kostninę, powstałą po fałszywem zrośnięciu kręgów w okolicy lędźwi z następczą laminektomją. — Cr. Hoppe: III. Lekarskiemu Kursowi dokształcającemu w Ciechocinku. — St. Sroczyński: Zdrojowisko solankowe i borowinowe Inowrocław. — K. Sawicz: O leczeniu wziewaniami solankowemi i o wziewalni w Inowrocławiu.

Warszawskie czasopismo lekarskie, rok VII, nr. 35, z 28 sierpnia 1930: H. Higier: O angiospazmach oraz ich znaczeniu djagnostycznem i patogenetycznem w chorobach mózgowych. — I Rosenblatt i L. Tonenberg: W sprawie leczenia owrzodzeń podudzia na tle żylaków. — H. Landau: O badaniu czynnościowem wątroby i badaniach pomocniczych w rozpoznawaniu schorzeń wątroby i dróg żółciowych (Streszcz. pogl. c. d.). — M Kacprzak: Z zagadnień sanitarnych Francji (c. d.).

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVII, nr. 35, z 31 sierpnia 1930: S. Otolski: Fosfor i jego związki stosowane w lecznictwie (dok.). — Sprawy zawodowe.

Wiadomości Kas chorych, rok I, nr. 10, z r. 1930: Dział urzędowy. — Wyroki sądowe. — Z zagadnień organizacyjnych Kas chorych. — Dział sprawozdawczy. — Z życia Kas chorych. — Eugenika.

Nowiny społeczno-lekarskie, rok IV, nr. 17, z 1 września 1930 I. Rutkowski: O organizacji oddziału chirurgicznego. — I Śląski: O narodowych stowarzyszeniach szpitalnictwa i Towarzystwie międzynarodowem. — Z. Rudolf: Kto jest na błędnej drodze. — F. Kasprowicz: Odpowiedź p. inż. Rudolfowi. — M. Krakowski: Odwrotna strona medalu, o czynnik zaufania w lecznictwie Kas chorych. — N. Metelski: Jeszcze o wytycznych.

Młoda Matka, nr. 17, z r. 1930: M. Stopnicka: O wadze dzieci w lecie. — Z. Kurlandski: Kilka słów o ospie wietrznej. — P. Baumryter: Zimne rączki i nóżki. — T. Lewenfiszowa: Z higjeny macierzyństwa. — Śmiarowska: U źródeł radości życia. — I. Dylińska: Ojciec jako współwychowawca. — M. B.: Z pamiętnika Wandeczki.

Wiedza lekarska, rok IV, z. 8, z r. 1930: E. Reicher: O sercu sportowców.

Kobieta współczesna, nr. 36, z r. 1930: K. Muszałówna: Nasze postulaty w sprawie realizacji ogrodów dziecięcych w Polsce. — A. Trusiewiczówna: Prawa i obowiązki małżonków w sowieckiem małżeństwie.

Przemysł chemiczny, nr. 16, z sierpnia 1930: E. Dworzak. O oszczędnem bajcowaniu blach cienkich. — W. Trzebiatowski: O metodzie polarograficznej. — L. Rzadkowski: Zużytkowanie gazów koksowniarnych w Niemczech.

Warszawskie czasopismo lekarskie, rok VII, nr. 36, z 4 września 1930: H. Higier: O angiospasmach oraz ich znaczeniu djagnostycznem i patogenetycznem w chorobach mózgowych (c. d.). — A. Landau, T. Goliborska i M. Markson: Przypadek czerwienicy Vaqueza, leczony fenilhydrazyną z oznaczeniem ilości krwi krążącej. — W. Mager: Oprawa próbna „Oculus". — H Landau: O badaniu czynnościowem wątroby i badaniach pomocniczych w rozpoznawaniu schorzeń wątroby i dróg żółciowych (Str. pogl. dok.). — M. Kacprzak: Z zagadnień sanitarnych Francji (c. d.).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo czeskie

Bratislavské Lékařské Listy.

Rocznik X. Zeszyt 4. Kwiecień 1930.

Prof. Polák i doc. J. Sumbal: *O zagadnieniach hormonu serca.* Zagadnienie hormonu serca jest dotąd niewyjaśnione. Frank znalazł w komórkach Purkynjego serca wieprza charakterystyczne ziarenka, przypisując im wpływ na automację serca. Doświadczenia przeprowadzane w tym kierunku przez autorów potwierdziły to przypuszczenie. Sprowadzili do badań doświadczalnych ustalone wyciągi serca. Materjał brany był ze serc wieprzów, a to części przedsionka z okolicy węzła zatokowego, dalej *chordae tendineae aberrantes* i najbardziej wewnętrzna warstwa mięśniowa z endocardem z części koniuszkowej serca. Doświadczenia przeprowadzone przy pomocy tych wyciągów wykazały prawie zawsze podobny przebieg. Przeprowadzano je na psach w narkozie uretanowej. Wyciągi wywoływały tylko jedno stałe działanie mianowicie spadek ciśnienia krwi, wyrównującego się zaś po 5—10 minutach. Na wielkość spadku ciśnienia krwi miały wpływ tylko ilość i zgęszczenie wyciągu nie zaś pochodzenie. Spadek wynosił przeciętnie 17%. W szeregu przypadkach spostrzeżono przyśpieszenie tętna, w dwóch przypadkach zwolnienie. Chloretan użyty do konserwacji wyciągów, wstrzyknięty również wywołał prawidłowo

obniżenie ciśnienia krwi z miernem zwolnieniem tętna, nigdy zaś nie osiągnęły te zmiany tego stopnia, jak po wyciągu z dodatkiem chloretanu. Wyciągi bez dodatku środków konserwujących miały działanie mniejsze. Przyczyną obniżenia ciśnienia krwi nie jest spadek czynności serca. Charakter ciał, prowadzących do tego obniżenia nie jest znany, prawdopodobnie chodzi o histaminę lub ciała bliskie histaminy.

M. Ungar, (Lwów).

Piśmiennictwo francuskie.

Revue de la Tuberculose.

Nr. 1, 1930.

E. Rist: *O nagłym początku gruźlicy płuc dorosłych i o jej umiejscowieniu płatowem.* Autor przytacza przypadki płuc, w których dokładne spostrzeganie rozwoju choroby wykazało, że nawet masywne zmiany gruźlicze mogą, w ciągu bardzo krótkiego czasu, nagle rozwinąć się, zajmując cały płat płuca równocześnie. Opierając się na nich, przyjmuje możliwość nagłego powstawania zmian gruźliczych, w płucach u dorosłych.

F. Arloing, A. Dufourt i Dechaume: *O wpływie wstrzykiwań przesączu gruźliczego na gruźlicę świnek.* Na podstawie badań anatomicznych u świnek stwierdzają autorzy, że w niektórych razach znachodzili u świnek poddanych uprzednio zastrzykom przesączalnych postaci prątka gruźliczego, a następnie zakażanych gruźlicą, rozwój procesów sklerotycznych w płucach gruźliczo zmienionych.

J. Clerc: *W sprawie oleotoraksu — studjum bakterjologiczno-doświadczalne nad gomenolem.* Gomenol wywiera wpływ bakterjobójczy przedewszystkiem na prątki kwasoodporne. Gronkowce i zarazek okrężnicy również giną *in vitro* i w doświadczeniach na zwierzętach, lecz wpływ ten jest znacznie słabszy. Wspomniane własności gomenolu dotyczą także jego 5% roztworu, jako t. zw. oliwy gomenolowej, używanej do oleotoraksu. Prócz tego gomenol posiada wpływ antytoksyczny na toksyny zarazków, a to zwłaszcza na b. botulinus, zaś mniej na lasecz. błonicy i tężca. Jest prawdopodobnem, że to samo odnosi się i do prątka gruźliczego. Przy oleotoraksie gomenolowym wytwarza się doświadczalnie wyraźny odczyn opłucnej w postaci zrostów. W procesach ropnych opłucnej z infekcją mieszaną jest pożądanem podawać gomenol we większych stężeniach, natomiast przy sprawach gruźliczych ropnych pojedynczych zwłaszcza gomenol 4—5%. Wskazanem jest przy leczeniu oleotoraksem, utrzymywanie niskiego ciśnienia w jamie opłucnowej, w przestrzeni ponad oliwą, gdyż przez to pary gomenolu łatwiej się unoszą i tem korzystniejszy wywierają wpływ na otoczenie.

Nr. 2.

E. Rist i S. Lévesque: *Przyczynek do studjów nad schorzeniem gruczołów przyoskrzelowych u dzieci.* Autorzy omawiają szczegółowo zagadnienie gruźlicy gruczołowej u dzieci. Sądzą, że gruźlica serowata gruczołów we wieku dziecięcym jest zawsze chorobą bardzo poważną o złem rokowaniu. Jest mało prawdopodobnem, ażeby ogniska zwapnienia spotykane w gruczołach dorosłych mogły odpowiadać zejściu spraw serowatych przebytych we wieku dziecięcym. To też w przypadkach sekcyjnych widać u dzieci często duże pakiety serowatych gruczołów oskrzelowych, które co do wielkości zmian przewyższają zmiany pierwotne w płucach. Nie można jednak sądzić, ażeby przypadki które się leczą, musiały dawać ten sam obraz, gdyż u dorosłych tych zmian już nie widać.

Z. Tomanek (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

XI. Posiedzenie naukowe z dnia 11 kwietnia 1930 r.

Przewodniczący: Kol. A. Kuhn.

1. Kol. Bărącz przedstawia: *przypadek promienicy podstawy czaszki i móżdżku i inne przypadki promienicy.*

Mówca zwraca uwagę na *powikłania i niebezpieczeństwo promienicy usadowionej w okolicy łuku jarzmowego.* Najpierw omawia przypadek spostrzegany w lutym b. r. na oddziale chir. Kol. Ostrowskiego. Chory przybył na oddział z rozległym naciekiem okolicy skroniowej, policzka i szyi po stronie lewej i z objawami zajęcia opon mózgowych. Bardzo znaczne wychudnienie, sztywność karku, porażenie nerwu twarzowego, ból głowy, zamroczenie, wysoka gorączka, zupełny szczękościsk, bardzo obfita ilość ropy zawierającej *aktinomyces.* Tarcza zastoinowa. Chory zmarł, a sekcja wykazała komunikację nacieku w jamie skrzydłowo-podniebiennej z jamą czaszkową środkową, ropne zapalenie opon mózgowych, ropne naciecczenie zatoki poprzecznej i *sinus cavernosus,* ropień wielkości orzecha włoskiego w lewej połkuli móżdżku przechodzący na most Varola, ropnie przerzutowe w płucach i skrobiawicę w narządach wewn., osteofity na łuku jarzmowym, ubytki kostne w jamie czaszkowej środkowej i dokoła kości skalistej. Kol. Bărącz prócz tego przypadku obserwował jeszcze 2 przypadki tej lokalizacji choroby, które wywoływały zejście śmiertelne.

W II. przypadku z r. 1923, także z oddziału Kol. Ostrowskiego, promienicy usadowionej w tem samem miejscu po stronie prawej, u młodego mężczyzny, bardzo uporczywej. Już po wygojeniu sprawy na policzku i szyi wystąpiły nagle objawy ropnia oczodołu za gałką oczną (wytrzeszcz oka, upośledzenie ruchów, znaczne zmniejszenie bystrości wzroku, tarcza zastoinowa). Chory nie poddał się operacji osteoplastycznej resekcji kości jarzmowej, wypisał się ze szpitala i zmarł w domu wśród objawów *meningitis basilaris.*

W III przypadku, z r. 1928, u młodej dziewczyny, już prawie po wygojeniu promienicy w okolicy łuku jarzmowego lewego, wystąpiły nagle objawy neuralgji nerwu trójdzielnego, bardzo uporczywej, nie ustępującej ani po stosowaniu *neurovacu* ani też różnych środków analgetycznych i antineuralgicznych, ani też po czterokrotnych wstrzykiwaniach 80%-go wyskoku do *Foramen ovale* (zwoju Gassera).

U chorej wystąpiły wreszcie nagle objawy *Meningitis.* Przyjęto ją na III oddział szpitala powsz. Prym. Domaszewicza, gdzie obserwował ją kol. Stein. Chora zmarła w domu, sekcji nie wykonano.

Kol. Bărącz nie mógł znaleść w dostępnem mu piśmiennictwie przypadku, podobnego do swojego, w którym nastąpiło wniknięcie promienicy do jamy czaszkowej drogą otworu owalnego *(Foramen ovale),* natomiast cytowany jest w piśmiennictwie jeden przypadek *promienicy zwoju Gassera* (Hermann Stahr w Gdańsku).

Dotychczas jest znanych około 20 przypadków *ropni mózgu* powstałych albo przez szerzenie się sprawy z policzka ku podstawie czaszki, albo drogą przerzutów z ognisk pierwotnych w płucu.

Z 10 przypadków *promienicy oczodołu* zebranych przez Müllera z kliniki Brunsa w Tybindze zmarli wszyscy chorzy, między innymi przypadek z kliniki Brunsa, w którym wykonano osteoplastyczną resekcję łuku jarzmowego podług Brunsa.

Na 140 przypadków promienicy głowowo-szyjnej, obserwowanych przez kol. Bărącza począwszy od r. 1887 t. j. w przeciągu 43 lat, u 15-tu chorych zajęta była równocześnie okolica łuku jarzmowego, okolica skroniowa, jama skrzydłowo-podniebienna *(Fossa pterygopalatina resp. sphenomaxillaris),* zarazem okolica szczęki górnej i dolnej i szyi.

W 12-tu z tych przypadków nastąpiło trwałe wyleczenie głównie przez zastosowanie własnego sposobu leczenia (operacja z wyskrobaniem ognisk, późniejsze wstrzykiwania w nacieki 2% roztworu azotanu srebra, lub jodyny w pierwszej serji przypadków, zastąpienie jodyny i azotanu srebra 1%-wym roztworem siarkanu miedzi w drugiej serji, przy końcu leczenia energiczne lapisowanie przetok [1]).

W 3 przypadkach mowcy sprawa posunęła się na podstawę czaszki i opony mózgowe, zatem miał 20% śmiertelności przy powyżej opisanej lokalizacji, a 2% śmiertelności przy promienicy głowowo-szyjnej wogóle. Przy promienicy głowowo-szyjnej bez zajęcia okolicy łuku jarzmowego wszyscy chorzy wyzdrowieli (0% śmiertelności).

Usadowienie się choroby pod łukiem jarzmowym w dołku skroniowym (Fossa temporalis) i w dołku skrzydłowo-podniebiennym (Fossa pterygopalatina) jest dlatego tak niebezpieczne, ponieważ jama skrzydłowo-podniebienna zawiera następujące otwory, komunikujące z jamą czaszkową: Foramen rotundum, Fissura orbitalis inferior, Foramen opticum, Foramen ovale i Foramen lacerum (Demonstracja na czaszce). Przez otwory, względnie szczeliny te choroba łatwo przedostać się może do jamy czaszkowej.

---

[1]) Porównaj prace prelegenta 1) Archiv für Klin. Chirurgie 1902, Tom 68, Zeszyt 4. — 2) Annales of Surgery, Tom 37, Marzec 1903 i 3) Zentralblatt f. Chir. 1922, Nr. 18.

Dlatego w cięższych przypadkach umiejscowienia się choroby w tej okolicy mówca poleca wykonywać czasową *osteoplastyczną resekcję łuku jarzmowego sposobem Brunsa*, poleconą pierwotnie do usuwania polipów noso-gardzielowych jeszcze w r. 1894, i nie ograniczać się tylko do mniejszych zabiegów ze względów kosmetycznych.

Operacja ta daje najlepszy przystęp tak do dna jamy skrzydłowo-podniebiennej jak i do tylnej części oczodołu — jak to Kol. Bar ą cz na czaszce demonstruje.

Następnie przedstawia ciężki przypadek z tem samem usadowieniem choroby u młodej kobiety wyleczony, leczony na oddziale Kol. Leszczyńskiego, oraz fotografje szeregu podobnych przypadków wyleczonych (na ekranie).

Wspomina o swoich licznych próbach hodowli i szczepień promienicy na zwierzęta. Z odmian promieniowców wyhodowano najczęściej *Actinomyces bovis* (aërob.) i *Actinomyces Israeli* (anaerob.), raz tylko *Actinomyces chromogenes*. *Actinomyces bovis* na zwierzęta przeszczepić się nie daje, zaś *Actinomyces Israeli* tylko w małej ilości przypadków. Najbardziej czułem zwierzęciem na szczepienia okazał się królik. Nietoperze i wiewiórki — niezgodnie ze zdaniem Zilza — są nieprzydatne.

Wreszcie Kol. Barącz demonstruje pod mikroskopem preparat z królika, padłego 16 dnia po szczepieniu hodowli *Actinomyces Israeli*, z chorej dziś przedstawionej, u którego w guzkach otrzewnej stwierdzić można bujny rozrost nici promieniowca.

2. Kol. St. Legeżyński: *Pokaz hodowli promieniowców (Actinomyces), wyhodowanych z chorych, przedstawionych przez* Kol. Barącza.

W zastępstwie Doc. Legeżyńskiego Pan E. Grycz demonstruje hodowle promieniowców, uzyskane z ropy promieniczej z 4 chorych Prof. Barącza. Z jednego przypadku wyhodowano *Actinomyces chromogenes*, którego hodowle mówca przedstawia na buljonie, 2 agarach skośnych, 2 ziemniakach oraz mikrokulturę pod mikroskopem. Z trzeciego przypadku wyhodowano promieniowca Harza *(Actinomyces bovis)*, którego hodowle sześciotygodniowe w pierwszej generacji przedstawia na 2 agarach skośnych i ziemniaku oraz hodowlę buljonową w drugiej generacji. Z dwóch pozostałych chorych uzyskano hodowle promieniowca Israela *(Actinomyces Israeli)*, z jednego czystą, z drugiego przerośniętą początkowo paciorkowcami, z tych przypadków przedstawia mówca hodowle buljonowe, agarowe i na ziemniaku. Prócz tego demonstruje 2 preparaty mikroskopowe z hodowli *Actinomyces chromogenes* (długie porozgałęziane nitki) oraz z hodowli ostatniego przypadku promieniowca Israela (przeważnie krótkie formy, podobne z wyglądu do maczugowca błonicy oraz rzadsze dłuższe nitki).

Wdyskusji Kol. Schusterówna omawia zmiany anatomopatologiczne w przypadku Kol. Barącza.

Kol. Zakrzewski omawia zmiany anatomo-patologiczne królika szczepionego przez Kol. Barącza.

Kol. Stein omawia dalszy los chorej z promienicą okolicy jamy skrzydłowo-podniebiennej, obserwowanej na oddziale III. Szpit. powszechnego.

Chora F. F. zgłosiła się w ostatnich dniach marca 1929. na oddz. 10 III. z powodu bólu w lewej kończynie dolnej. Stwierdzono wtedy wygojone już zmiany skórne na lewym policzku, objawy oponowe, najwybitniejsze w dolnym odcinku kręgosłupa, zajęcie korzonków piersiowych dolnych po stronie prawej i górnych lędźwiowych po stronie lewej, parezę wszystkich gałązek lewego nerwu twarzowego i trójdzielnego, oraz poziomy oczopląs. Na dnie oczu tarcza zastoinowa. Płyn mózgo-rdzeniowy wydobywał się pod małem ciśnieniem, był xanthochromiczny, gęsty, krzepł w probówce natychmiast. W skrzepie stwierdzono liczne wielojądrzaste leukocyty i limfocyty; grzybni nie znaleziono. Hodowla wypadła ujemnie.

Jakkolwiek *actinomyces* w płynie mózgo-rdzeniowym nie znaleziono, rozpoznanie *actinomycosis meningum* nie ulegało wątpliwości. Punktem wyjścia była lewa żuchwa, potem stwierdzono (w ambulatorium kliniki) zajęcie lewego nerwu trójdzielnego, wreszcie na oddziale szpitalnym stwierdzono (obok innych zmian) zajęcie lewego kąta mosto-móżdżkowego. Sprawa na oponie twardej podstawy toczyła się wtedy już dawno, choć skargi chorej żadnego podejrzenia w tym kierunku nie budziły. Dowodzi tego tarcza zastoinowa i skład płynu mózgo-rdzeniowego. W jakiś czas po przejściu sprawy chorobowej na wewnętrzną stronę opony twardej wystąpił przerzut do opon cienkich dolnego odcinka rdzenia — wtedy chora z powodu bólu w lewej kończynie dolnej przyszła na oddział.

W dalszym przebiegu utrzymywał się stan podgorączkowy 37,2—38,6°, bardzo silne bóle głowy i kręgosłupa. Objawy oponowe nasilały się. Wystąpiła pareza prawego *abducens*, potem spojrzenia ku lewej, wiotkie porażenie prawej górnej kończyny, wreszcie porażenie spojrzenia na prawo i prawego nerwu twarzowego. Przez dwa dni gałki były w ustawieniu Magendiego, Stan ogólny coraz cięższy. Senzorjum coraz bardziej zajęte. 14. IV. zabrała rodzina chorą konającą do domu.

Ponadto w dyskusji zabierają głos Kol. Pisek i Barącz.

3. Kol. Barącz pokazuje *protezę zębową* kauczukową wydobytą z połyku przed 2 laty u 25 let. chorego przy pomocy promieni Roentgena (Kol. Dębicki), bez użycia oesophagoskopu za pomocą kleszczy połykowych. Ciało obce przebywało w połyku 5 dni, ustawione było poprzecznie w odległości 20 cm od szeregu zębów (w II-giej cieśni), było lekko wklinowane i dawało się stwierdzić przysłuchem (Zencker), oliwką metalową na pręcie fiszbinowym i promieniami Roentgena. Wydobyto je z łatwością pod kontrolą promieni Roentgena (Dr. Dębicki) przy użyciu lekkich ruchów wahadłowych.

W dyskusji Kol. Dobrzański przemawia za usuwaniem ciał obcych z połyku tylko przy pomocy oesophagoskopu.

Na to odpowiada Kol. Barącz, że ostre ciała obce usuwałby przy pomocy oesophagoskopu, natomiast ciała niemające haków metalowych dają się wydobyć kelszczami połykowemi pod kontrolą promieni Roentgena. Przy ciałach obcych o ostrych brzegach, większych rozmiarów wskazane jest wydobywanie przez oesophagotomię, ewentualnie po przepołowieniu ciała obcego nożycami.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Państwowa Szkoła Higjeny. Rok szkolny 1930/31 Program piątego kursu dokształcenia sanitarnego dla inżynierów (od 1 lutego do 1 marca 1931 r.). Kierownik kursu: Inż. Mag. Zygmunt Rudolf. Tel. 45-56. I. Dział ogólny: Zagadnienia inżynierji sanitarnej, godz. 1, Inż. Mag. Z. Rudolf; Zagadnienia higjeny publicznej, godz. 8 ,Dr. J. Babecki; Planowanie osiedli, godz. 3, Inż. Mag. Z. Rudolf; Higjena wsi, jako zagadnienie państwowe, godz. 1, Dr. W. Chodźko; Walka z chorobami zakaźnemi, godz. 5, Dr. H. Palester; Higjena pracy, godz. 5. Dr. B. Nowakowski; Bezpieczeństwo pracy, godz. 4, Inż. St. Rodowicz. Razem 27 godz

II. Przedmioty techniczno-sanitarne: Hydrologja, godz. 4, Prof. M. Rybczyński; Osuszanie terenów, godz. 4, Prof. Cz. Skotnicki; Wodociągi i kanalizacja, godz. 4. Prof. J. Radziszewski; Oczyszczanie wody i ścieków, godz. 10, Inż. A. Szniolis. Organizacja budowy wodociągów i kanalizacji, godz. 2, Inż. W. Skoraszewski; Głębokie studnie i ich wiercenie, godz. 3, Inż. W. Krzyżkiewicz; Usuwanie śmieci i oczyszczanie ulic, walka z dymem, godz. 4, Inż. Mag. Z. Rudolf; Sanacja osiedli, nieposiadających wodociągu i kanalizacji, godz. 2, Inż. Mag. Z. Rudolf; Wentylacja i ogrzewanie, godz. 7, Doc. Inż. F. Bąkowski; Dezynfekcja i dezynsekcja, godz. 4, Inż. St. Dobrowolski; Deratyzacja, godz. 2, Doc. płk. Dr G. Szulc; Chłodnictwo, godz. 3, Prof. B. Stefanowski; Gazownictwo, godz. 1, Inż. Konopka; Walka z gazami, godz. 1, Mjr. B. Sypniewski. Razem 51 godz.

III. Zakłady użyteczności publicznej: a) Szkoły, godz. 3, Inż Fr. Ejchhorn; b) Ośrodki zdrowia, godz. 1, Dr. S. Tubiasz; c) Szpitale, godz. 4, Arch. E. Madurowicz; d) Kąpieliska, godz. 2, Inż Mag. Z. Rudolf; e) Rzeźnie, godz. 2, Dr. Jan Kiszkiel; f) Mleczarstwo (obory, mleczarskie), godz. 2, vacat. Razem 14 godz.

Wszystkich godzin wykładowych 92 (23 dni wykładowe).

Wycieczki: 1) Biuro regulacji m. Warszawy. 2) Ośrodek Zdrowia w Mokotowie. 3) Stacja przepompowywania ścieków. 4) Stacja pomp rzecznych, ujęcie wody z Wisły i nowe osadniki. 5) Filtry miejskie oraz laboratorium. 6) Zakład spalania śmieci i zakład dezynfekcyjny. 7) Zakład oczyszczania ścieków przy szkole powszechnej. 8) Rzeźnia miejska na Pradze. 9) Stacja doświadczalna do badania ścieków na Kaskadzie. 10) Zakład utylizacyjny. 11) Szpitale Karola i Marji, Dzieciątka Jezus, Przemienienia Pańskiego i św. Stanisława. 12) Większe urządzenia ogrzewniczo-wentylacyjne. 13) Gimnazjum Stefana Batorego. 14) Kąpielisko miejskie 15) Garaż taboru miejskiego do oczyszczania m. Warszawy.

Wykłady odbywać się będą w gmachu Państwowej Szkoły Higjeny ul. Chocimska 24, II piętro, od godz. 9 do 13-tej. Wycieczki odbywać się będą w godzinach popołudniowych, każdorazowo za specjalnem zawiadomieniem Sekretarjatu Szkoły.

Działalność Polskiego Towarzystwa Eugenicznego. Rok ubiegły w rozwoju eugeniki w Polsce zaznaczył się wybitnie, zarówno pod względem organizacyjnym, jak naukowym i propagandowym. Powstały oddziały Towarzystwa w Łodzi, Brześciu nad Bugiem i Krakowie. Lwów i Lublin zabiegają o utworzenie eugenicznych placówek. W oddziałach istniejących w Poznaniu, Wilnie, Białymstoku, Włocławku, Katowicach, widać znaczne ożywienie. Istniejące od 1918 r. Polskie Towarzystwo Eugeniczne, mające na celu walkę z czynnikami zwyradniającemi rasę, nie poszło ślepo za nakazami zagranicznych laboratoryjnych eugenistów (którzy skarżą się na małe zainteresowanie społeczeństwa i żyją kosztem stałych zapomóg rządowych), lecz samo zapoczątkowało szereg praktycznych zadań i, co ważniejsza, wprowadziło je w życie. Działalność Towarzystwa poszła przedewszystkiem w kierunku tworzenia poradni eugenicznych: przedślubnych, przeciwwenerycznych, badań uzdolnień, oraz przeciwkiłowej dla matki i dziecka. Uznając wartość wychowania fizycznego, Towarzystwo Eugeniczne uruchomiło również poradnie sportowe. Obecnie otwarto sekcję naukową. Jest ona zaczątkiem instytutu eugenicznego, który będzie prowadził prace laboratoryjne z zakresu dziedziczności, genealogji eugenicznej, seksuologji, psychologji indywidualnej i biologji eudemicznej. Program polski w dziedzinie eugeniki społecznej obejmuje 4 główne zagadnienia, doboru płciowego w małżeństwie, doboru zawodu, z badaniami inteligencji i psychologji indywidualnej, walkę z czynnikami zwyradniającemi, politykę ludnościową oraz rejestrację biologiczną narodu. Zgodnie z temi zadaniami, powstały 4 sekcje, a mianowicie: naukowo-genetyczna, wychowania, walki ze zwyrodnieniem rasy i chorobami wenerycznemi oraz prawno-społeczna. Poza tem ośrodki prowincjonalne uwzględniły i inne działy, w zależności od swych terenów pracy. I tak w Białymstoku, obok sekcji zapobiegawczej i leczniczej, istnieje sekcja ogródków dla dzieci, sekcja walki z alkoholizmem, oraz kolonij letnich. Oddział kujawski, obok poradni przedślubnej, popierał rozwój instytucyj sportowych. Niedawno zorganizowany oddział w Wilnie wprowadził kursy dla maturzystów i poradnię przedślubną. Najintensywniejszą jednak pracą wykazuje się oddział warszawski. Praca jego trwa już od 15-tu lat. Sekcja Naukowa zorganizowała w marcu i kwietniu b. r. cykl wykładów dla lekarzy, przyrodników i nauczycieli, pod tytułem „O dziedziczności“, którego słuchało zgórą 1.200 osób. Sekcja walki ze zwyrodnieniem rasy i chorobami wenerycznemi zorganizowała, na temat trucizn rasowych: morfinizmu, kokainizmu, alkoholu i chorób wenerycznych, 28 wykładów w Warszawie i województwie warszawskiem. Sekcja wychowania poruszyła sprawę wychowania seksualnego w 3-ch odczytach, oraz zorganizowała cykl odczytów sportowych dla młodzieży szkolnej, urządzonych wespół z Państwowym Instytutem Wychowania Fizycznego. Sekcja Prawno-Społeczna poruszyła zagadnienia nader doniosłe: stanowisko eugenistów wobec zagadnień maltuzjanizmu. Sekcja Szkolenia Matek zorganizowała sieć punktów szkolenia matek z wykształceniem średniem bądź elementarnem i w ciągu roku stworzyła szereg kursów, ogółem obejmujących z górą dwieście wykładów. Wreszcie Sekcja porad przedślubnych urządziła odczyty dla mężczyzn i kobiet z tej dziedziny, w ilości dwudziestu kilku, oraz przystąpiła do otwarcia poradni przedślubnej w klinice ginekologicznej. Z poradni eugenicznych, znajdujących się w Warszawie, Wilnie, Białymstoku i Katowicach, najczynniejszą jest stołeczna. W ubiegłym roku, przy współudziale 14 lekarzy, udzieliła ona 6.565 porad, z czego 65% bezpłatnych, głównie dla bezrobotnych oraz dla osób niezamożnych. Stały organ Towarzystwa „Zagadnienia Rasy“ ukazał się w 4-ch numerach kwartalnych, w rozmiarze 626 stron druku, w których zamieszczono 5 oryginalnych prac.

Wydawnictwo „Bibljoteki Eugenicznej“ w ostatnim roku osiągnęło cyfrę 60 zeszytów. Świeżo wyszły prace: prof. Michałowicza — „Psychika wieku niemowlęcego i wczesnego dzieciństwa“, prof. Szymanowskiego — „O zawodzie weterynarza“, prof. Marczewskiego — „O zawodzie artysty plastyka“, doc. Mydlarskiego — „Podstawowe zagadnienia eugeniki“, dra J. Babeckiego — „Zagadnienie zapobiegania ciąży i eugenika i gen. Berbeckiego — „Prawo zasadnicze o wojnie i wojsku a powołanie oficera“. Dalej wyszły trzy zeszyty wydawnictwa im. dra Ksawerego Watraszewskiego, pod redakcją dra Adama Straszyńskiego, z cyklu wykładów dla lekarzy: „Syfilis a dziecko“ — są to prace prof. Krzyształowicza, prof. Semerau-Siemianowskiego, oraz o wychowaniu seksualnem dwie prace: dra G. Bychowskiego i prof. Bogdanowicza. Kino oświatowe dla młodzieży w Warszawie „Uranja“ wyświetlało filmy naukowe, podróżnicze, historyczne, krajoznawcze i rozrywkowe, które oglądało przeszło 250 tysięcy młodocianych widzów bezpłatnie, lub za biletami ulgowemi. Dużą pomocą dla rozwoju ruchu eugenicznego w kraju będzie wydanie pierwszych w języku polskim prac, obejmujących całokształt eugeniki, mianowicie „Eugeniki praktycznej“ — prof. Grotjahna (450 stron), tłumaczonej pod redakcją prof. Tomasza Janiszewskiego, która już została wydrukowana i pojawiła się na półkach księgarskich. Praca ta stoi na poziomie ściśle naukowym i jest podręcznikiem dla wykładów uniwersyteckich. Jednocześnie doc. G. Szulc przystąpił do tłómaczenia „Biologicznych podstaw eugeniki“ — prof. Ruzicki z Bratislavy (800 stron). Towarzystwo dąży do otwarcia odpowiednich katedr na uniwersytetach polskich. Akcja propagandowa, w postaci rozdawania w tysiącach egzemplarzy ulotek, barwnych plakatów w instytucjach i organizacjach, jest dopełnieniem ożywionej działalności Towarzystwa. Ogrom pracy dokonanej, chociaż przy dużych trudnościach finansowych, wobec zmniejszenia pomocy ze względu na panujący kryzys gospodarczy, zarówno ze strony państwa, jak i miasta, świadczy najlepiej o wysiłkach, położonych przez zastęp ludzi, z prezesem drem Leonem Wernicem na czele. Pod honorową prezesurą Marszałka Senatu prof. Szymańskiego i prof. Czyżewicza, władze Towarzystwa stanowili: b. min. Simon, b. min. Jurkiewicz, prof. Janiszewski, dr. Marja i dr. Henryk Szczodrowscy, doc. J. Mydlarski, doc. G. Szulc, drowa Męczkowska, posłanka Waśniewska, dr. Welf, dr. Stawiński, dr. Szewczykowski, sędzia Łopatto, prezes K. Fleszyński, dyr. Giżycki, p. Marja Olszewska, dr. Dreszer, dyr. Rapacki, dr. J. Reise, dr. Martyński, dr. F. Sieńko i szereg innych osób z pośród świata lekarskiego, prawniczego oraz działaczy społecznych.

Z kraju.

Ruch służbowy w Państwowej Służbie za miesiąc lipiec 1930 r. W Państwowych Zakładach Służby Zdrowia. Mianowani: Wojnarski Witold, prow. referendarz w VIII. st. sł. w Okręgowym Urzędzie Ziemskim w Warszawie, do odwołania, referendarzem w VIII st. sł. w Państwowym Zakładzie Higjeny w Warszawie dekretem z dnia 17. VII. 1930 r. — Zwolnieni: Dr. Kon Stanisław, prow. asystent w VIII st. sł. w Państwowym Zakładzie Higjeny w Warszawie, na zasadzie postanowień art. 60 ustawy o państwowej służbie cywilnej z dniem 31. X. 30 dekretem z dnia 18. VII. 1930 r.

We Władzach II instancji. Mianowani: Dr. Orszulok Paweł prow. Naczelnik Wydziału w VI st. sł. w Urzędzie Wojewódzkim w Katowicach, do odwołania Naczelnikiem Wydziału w V st. sł. w dotychczasowem miejscu służbowem dekretem z dnia 1. VII 1930. Dr. Przyałgowski Marjan, prow. inspektor lekarski w VI st. sł. w Urzędzie Wojewódzkim Wileńskim, inspektorem lekarskim w VI st. sł. w dotychczasowem miejscu służbowem dekretem z dnia 1. VII. 1930. — Przeniesieni: Dr. Pałżewicz Władysław, referendarz w VII st. sł. w Urzędzie Wojewódzkim Poznańskim, na takież stanowisko i w dotychczasowym stopniu służbowym do Urzędu Wojewódzkiego Pomorskiego dekretem z dnia 9. VII. 1930 r. — Przeniesieni na emeryturę: Dr. Kaczyński Hipolit inspektor lekarski w VI st. sł. w Urzędzie Wojewódzkim Lubelskim, na własną prośbę z dniem 31 sierpnia 1930 r.

We Władzach I instancji. Mianowani: Dr. Lassociński Stanisław, kontr. lekarz powiatowy w Starostwie powiatowem Grodziskiem, do odwołania lekarzem powiatowym w VII st. sł. w dotychczasowem miejscu służbowem dekretem z dnia 14. VII. 1930 r. Dr. Zawadzki Kazimierz, kontr. lekarz powiatowy w Starostwie Powiatowem w Królewskiej Hucie, do odwołania lekarzem powiatowym w VII st. sł. w dotychczasowem miejscu służbowem dekretem z dnia 14. VII. 1930 r.

Produkcja ziół leczniczych w Polsce. Rośliny i zioła, pochodzące z Polski, są uznane na rynkach międzynarodowych jako produkt wartościowy, jednakże ceny, uzyskiwane za te produkty, są stosunkowo niskie, a to z powodu niezawsze dokładnego czyszczenia i braków w sortowaniu naszych ziół. Zioła takie są doczyszczane i dosortowywane w zakładach obcych. Na szczególne podkreślenie zasługuje fakt, że zioła eksportowane częstokroć wracają później do Polski w postaci medykamentów zagranicznego pochodzenia, sprzedawanych po odpowiednio wyższych cenach. W związku z koniecznością usunięcia braków w przeróbce ziół leczniczych (lepsze czyszczenie, sortowanie, krajanie, pakowanie), powodowanych bądź brakiem fachowych sił wśród osób zajmujących się skupem i przeróbką ziół leczniczych, bądź też brakiem odpowiednich instalacyj i maszyn, Państwowy Instytut

Eksportowy przeprowadził w ciągu 1929 roku w Warszawie szereg zjazdów i konferencyj zainteresowanych handlowców i znawców dziedziny ziół leczniczych. Jak dotychczas, projektowana organizacja dziedziny ziół leczniczych nie doszła do skutku. Zorganizowanie tej dziedziny nasuwa się z całą koniecznością, tak z punktu widzenia technicznego (organizacja zbierania, modernizacja urządzeń i t. p.), jak i z punktu widzenia handlowego (normalizacja eksportu).

Stypendjum Fundacji Rockefellera. Fundacja Rockefellera przyznała miejskiemu lekarzowi sanitarnemu w Warszawie, kierownikowi Ośrodka Zdrowia przy ul. Leszno, dr. Mikołajowi Łąckiemu, stypendjum roczne na wyjazd do Stanów Zjednoczonych na specjalne studja. Stypendjum to umożliwia całkowicie pobyt i studja w Ameryce. Stypendjum, oprócz pobytu w Stanach Zjednoczonych, przewiduje zwiedzenie szeregu krajów europejskich. Jest to pierwsze stypendjum dla miejskiego lekarza sanitarnego, fundacja Rockefellera bowiem zasadniczo przyznaje stypendja wyłącznie lekarzom, pozostających w służbie państwowej.

Wolne posady.

Lwowska Izba Lekarska podaje do wiadomości, że w Jaworniku Polskim w powiecie rzeszowskim niema lekarza. W miejscu kolej, apteka. Zwierzchność gminna podaje dochód miesięczny lekarza na około 1500 zł.

Ze świata.

Kto posiada największą ilość radu. Stan Nowojorski jest obecnie posiadaczem największej ilości radu na świecie, bowiem ostatnio nabył on, za pośrednictwem swojej Izby Prawodawczej, 5.735 miligramów radu, który będzie oddany specjalnemu Instytowi stanowemu w Buffalo dla badania chorób złośliwych. W Instytucie tym dokonywane są niezmiernie interesujące eksperymenty w dziedzinie leczenia wszelkich guzów złośliwych, a nadewszystko raka.

Budowa Schroniska Wdów i Sierot po Lekarzach. P. K. O. C-to 18.235. „Ratujcie biedne Wdowy i Sieroty po zmarłych lekarzach. Wpłacajcie zaległe składki, które wynoszą około 3000. — Wpisujcie się na członków Rodziny Lekarskiej (Podwale 18 m. 18)".

Budujmy Schronisko dla Wdów i Sierót po zmarłych lekarzach. Kupujmy cegiełki na budowę Schroniska. Składajmy ofiary na Conto czekowe w P. K. O. Nr. 18.235.

Kilka uwag przed zjazdem w Splicie. Miałem sposobność poznać Split i okolicę w czasie obecnych wakacyj. Wyjeżdżałem z Polski trochę ze strachem, bo informacje, jakich nam udzielano z różnych stron, nie były zachęcające.

Dziś, gdy patrzę na wszystko z odległości, gdy tylko miłemi wspomnieniami żyję — mam inne zdanie. Dlatego chcę się pokrótce podzielić swemi spostrzeżeniami.

Błękit nieba, modrość morza, obfitość słońca zbyt dobrze są wszystkim znane, choćby z opisu. Panorama okolicy bardzo ładna. Wszędzie pełno zabytków z czasów rzymskich, pierwszych wieków chrześcijaństwa: skromna, wąska uliczka reprezentuje cały okres historji.

Zwiedzanie nadzwyczaj łatwe. Koleją, autobusem lub statkiem można dotrzeć wszędzie. Dla nas lądowców najprzyjemniejsza jazda statkiem — ze wszystkich najtańsza: ze Splitu do Dubrownika (Raguzy) cały bilet III kl. 15 zł., jedzie się 11 godzin. Dlatego sposobność do zwiedzenia Jugosławji, szczególnie Dalmacji wymarzona.

Ludzie dobrzy, z przysłowionem miękkiem sercem słowiańskiem. Nie potrzebuję dodawać, że dla „braci Słowian" wszystko do którejś potęgi. Urzędnicy grzeczni, idą wszędzie na rękę, załatwiając drobniejsze sprawy *stante pede.*

Inteligencja zna Polskę i jej historję, lubi Polaków. Na każdym kroku spotyka się epizody, jak poniżej (autentyczne): „przepraszam, państwo z Polski? ze Lwowa? Państwo pozwolą, że się przedstawię, jestem weterynarz B. (radca weteryn.). Studjowałem we Lwowie więc miło mi poznań Polaków ze Lwowa, który zawsze miło wspominam, a dla Polski mam najwyższe uznanie i wdzięczność. Służę wszelkiemi informacjami". — I rzeczywiście chodzi z nami wszędzie (Split), oprowadza, pokazuje, objaśnia, zaprasza do siebie. Korzystam z tego. Miłą niespodzianką były u niego polskie dzienniki i czasopisma. Cały czas rozmawiamy po polsku, bo świetnie mówi.

Ludność po wsiach o kilka szczebli stoi wyżej pod każdym względem od naszej, godna poznania. Najlepiej wycieczka na ośle lub mule. Osiem godzin jazdy wypada koło 13—14 zł.

Wyżywienie najtrudniejsze ze wszystkiego. Jeżeli się jednak przed wyjazdem postawi pewne tezy — okazuje się łatwe. Zgóry trzeba się wyrzec np. kwaśnego mleka (dostanie w Dalmacji tylko w większych miastach), nadmiaru masła i t. p. Najpraktyczniej układać menu jarzynowo-owocowe z dodatkiem mięsa, którego wszędzie poddostatkiem. Mięso w cenie, jak u nas. Większość jarzyn znacznie tańsza w porównaniu z naszym rynkiem, reszta jak u nas. Owoce, w pierwszym rzędzie winogrona, za bezcen. Kilogram winogron w sezonie — a właśnie od połowy września zaczyna się sezon — kosztuje 30 groszy! Kilogram fig suszonych 45 groszy. W Dalmacji chleb droższy niż u nas, za to w Zagrzebiu dostaje się w restauracji chleb *ad libitum* darmo.

Mieszany, może nieco odmienny od naszego, obiad, zapity dobrem winem dalmatyńskiem, zawsze wyjdzie na zdrowie. Jeżeli litr znośnego, lekkiego wina (Opol) kosztuje 45 groszy, a mocniejszego 14—18% (Proszeko, Maraskino, Krk) 2.30—3 zł, to może sobie największy nędzarz pozwolić raz w życiu na dobre wino. Obserwowałem kilku „specjalistów od zachowywania diety" — ani razu nie miał żaden zgagi, pieczenia, bólu głowy, „katzenjammer'u" po tutejszem winie. — Najtaniej kupuje się dobre wino na prowincji, po wsiach, wprost od producenta. W miastach z powodu różnych opłat przy wwozie i rzecz jasna w restauracji płaci się więcej.

Cały kraj — poza grobowcowym Krasem — robi dodatnie wrażenie. Wszędzie znać troskę i staranie o lepsze, z każdego obywatela bije duma z własnego państwa, w każdym widać poczucie narodowej godności.

Dr. H. Długosz.

Sprostowanie omyłek druku.

W protokule z posiedzenia uroczystego Tow. lekarskiego Częstochowskiego z dnia 22. XII. 1929 r. umieszczonego w Nr. 32, 1930 (Polskiej Gazety Lekarskiej) na str. 626-ej w 8-ym wierszu od dołu (protokułu) zamiast „Pomorski" ma być „Parnowski".

Redakcja otrzymała:

Archives of internal medecine. Chicago, vol. 46, nr. 2. z r. 1930.

Majewski K. W. „Essai d'un repérage diascléral des lésions ophtalmoscopiques. Odb. z Archives d'ophtalmologie t. XLVII, nr. 7, juillet 1930.

Majewski K. W. „Statystyka operacyj zaćmy w Klinice okulistycznej Un. Jagiel. w okresie 12-letnim — od 1916 do 1927. — Poznań 1929.

Majewski K. W. „Przygotowanie podkładu dla epiprotezy" Poznań 1929.

Majewski K. W. „Sur le mécanisme du décollement de la rétine chez les myopes". Odb. z Archives d'ophtalmologie. t. XLVII, nr. 5. mai 1930.

Majewski K. W. „W sprawie patogenezy odczepienia siatkówki w oczach krótkowzrocznych". Odb. z „Kliniki ocznej" nr. 3—4. rok 1929.

A. Winkelbauer. „Die Operationen an den Knochen und Gelenken". Wydawnictwo „Die Chirurgie" Lieferung 29, II Band, 2 Teil. Urban et Schwarzenberg. Wien, 1930.

Deuxième conférence sur l'hygiène et le bien-être dans la marine marchande. Ligue de sociétés de la croix-rouge. Paris. 1930.

Société des nations. Statistiques des maladies a déclaration obligatoire pour l'année. 1928.

Mikulski Karol. „Badania psychologiczne w szkole średniej". (Sprawozdanie poczynań). Warszawa 1930.

Meyssner St. „O wziernikowaniu jamy opłucnej i o operacji Jacobaeusa". Odb. z Nowin lekarskich nr. 9, z r. 1930.

Wiadomości zdrojowe. Zdrojowisko Inowrocław, rok III, nr. 10 i 11.

Dziennik urzędowy Izb lekarskich, rok I, nr. 3, z 1 września 1930.

Société des nations, Organisation d'hygiène. „Rapport sur le trachom dans différents pays" (d'après les réponses à un questionnaire de l'Organisation d'hygiène la Société des nations) par le Dr. N. M. Josephus Iitta et Dr. Alberto Lutratio.

Société des nations. Organisation d'hygiène. „Memorandum relatif aux enquêtes sur les causes et prévention de la mortinatalité et de la mortalité pendant la première anné de vie".